

AKADEMIE ALTERNATIVA  
TANEČNĚ - POHYBOVÁ TERAPIE



VLIV TANEČNĚ - POHYBOVÉ TERAPIE NA SNÍŽENÍ ÚZKOSTI  
A ZLEPŠENÍ SVALOVÉHO NAPĚTÍ U DOSPĚLÝCH LIDÍ  
S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ  
ABSOLVENTSKÁ PRÁCE

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

.....

## ABSTRAKT

TULCOVÁ, Lucie. *Vliv tanečně-pohybové terapie na snížení úzkosti a zlepšení svalového napětí u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností (Absolventská práce)*. Akademie Alternativa, Olomouc.

Konzultant: Marie Beníčková, PhD. (Akademie Alternativa, Tř. Svobody 43/39, Olomouc)

Mgr. Věra Balabánová (psycholog, Brno)

Mgr. Elen Protivánková (logoped, Dětské centrum 1990, Olomouc)

Autorka představuje problematiku narušené komunikační schopnosti u dospělých lidí v souvislosti s významem tanečně-pohybové terapie u nich aplikované. Zkoumaná problematika je podložena výzkumem vycházejícím z testu úzkosti a úzkostnosti (STAI X1, STAI X2), funkčního testu dle prof. Jandy a testu oslabených a zkrácených svalů. Objektem zkoumání práce bylo zjišťování úrovně aktuální úzkosti a úzkostlivosti jako osobního rysu a úrovně zkrácení vybraných svalů před a po půl roce probíhající tanečně-pohybové terapie u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností, studujících či pracujících v Dětském centru 1990 v Topolanech. Výzkumné šetření se uskutečnilo na sedmičlenném prospektivním souboru. Vyhodnocením požadovaných testů se zjistilo snížení aktuální úzkosti u čtyř respondentů sedmičlenného prospektivního souboru a taktéž snížení úzkostlivosti jako rysu osobnosti u šesti respondentů. U třech respondentů bylo zjištěno zkrácení posturálních svalů, konkrétně hamstringů. U pěti respondentů bylo dominující zkrácení šíjových svalů. Po lekcích tanečně-pohybové terapie bylo u respondentů zkrácení buď odstraněno, nebo přetrvávalo pouze slabé zkrácení. Autorka pracuje s klienty tak, aby její přístup u klientů redukoval svalové napětí a strach z řeči. Práce prezentuje potřebnost pravidelné tanečně-pohybové terapie u klientů s narušenou komunikační schopností ve spolupráci s odborníky z dalších oborů – logopedie, příp. psychologie. Výsledky praktické části jsou shrnuty v analýze, diskuzi a grafickém znázornění.

### **Klíčová slova:**

Tanečně pohybová terapie. Narušená komunikační schopnost. Úzkost. Svalové napětí.

## ABSTRACT

TULCOVÁ, Lucie. *Influence of dance movement therapy to reduce anxiety and improve muscle tension among adults with impaired communication skills (graduate work). Academy Alternative, Olomouc.*

The consultants: Marie Beníčková, PhD. (Academy Alternative, Street freedom 43/39, Olomouc)

Mgr. Věra Balabánová (psychologist, Brno)

Mgr. Elen Protivánková (logopedist, Children's Centre 1990 in Olomouc)

The author presents impaired communication skill issues in connection with a dance movement therapy for adult people with impaired communication skills. The issues are research based on test anxiety (STAI X1, STAI X2), functional test of professor Janda and test weakened and shortened muscles. The object of research was to assess the level current anxiety and anxiety as a personality trait and the level of contraction the muscles before and after lessons of dance movement therapy lasting half a year for adult people with impaired communication skills that studies or works in the Children's Centre 1990 in Olomouc – Topolany. The research was carried out on a seven client group. By processing the required parameters of the tests an reduce current anxiety was registered in four persons of the group and anxiety as a personality trait was registered in six persons of the group. In the three people were found the contraction of postural muscles specifically the hamstrings. For five people dominated the contraction trapezius muscles. After dance movement therapy this contraction not present or there was only a slight contraction. The author works with the clients so as to reduce muscle tension and fear of speech. This work presents the need of regular dance movement therapy for adult people with impaired communication skills in cooperation with experts from other disciplines – speech therapy, psychology. The results of the practical parts are summarized in the analysis, debate, and in the graph.

### **Klíčová slova:**

Dance movement therapy. Impaired communication skill. Anxiety. Muscle tension.

# Obsah

## ÚVOD

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE

1.1 Charakteristika.....	2
1.2 Cíle a využití tanečně-pohybové terapie.....	3
1.3 Tanečně-terapeutický proces.....	4
1.4 Tanečně-terapeutický plán.....	5
1.5 Formy tanečně-pohybové terapie.....	5
1.6 Lekce tanečně-pohybové terapie.....	6
1.7 Vývoj tanečně-pohybové terapie v Evropě a České republice.....	8
1.8 Tanečně-pohybová terapie u dospělých s narušenou komunikační schopností v ČR.....	8
1.9 Výzkum v taneč.-pohyb. terapii u dospělých s narušenou komunikační schopností.....	9
1.10 Terapeutická práce s narušenou komunikační schopností v dalších uměleckých terapiích.....	10

### 2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

2.1 Charakteristika.....	11
2.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti.....	11
2.2.1 Vývojová dysfázie .....	12
2.2.2 Afázie.....	12
2.2.3 Mutismus.....	13
2.2.4 Narušení zvuku řeči.....	13
2.2.4.1 Rinolalie.....	13
2.2.4.2 Palatolalie.....	13
2.2.5 Narušení plynulosti (fluence) řeči.....	14
2.2.5.1 Breptavost.....	14
2.2.5.2 Balbuties.....	14
2.2.6 Dyslalie.....	16
2.2.7 Dysartrie.....	16
2.2.8 Poruchy hlasu.....	16
2.2.9 Kombinované vady a poruchy řeči.....	17
2.2.10 Narušená komunikační schopnost u lidí s mentálním postižením.....	17

3	SVALOVÉ NAPĚTÍ	
	3.1 Charakteristika a druhy svalového napětí.....	18
	3.2 Oslabení svalu.....	18
	3.3 Zkrácení svalu.....	19
	3.4 Fyzioterapie u lidí s narušenou komunikační schopností.....	19
4	ÚZKOST A ÚZKOSTLIVOST	
	4.1 Charakteristika.....	21
	4.2 Příčiny úzkosti a úzkostlivosti.....	22
	4.3 Projevy úzkosti a úzkostlivosti.....	22
5	PRAKTICKÁ ČÁST	
	5.1 Vymezení problému.....	23
	5.2 Pracovní hypotézy.....	24
	5.3 Výzkumný soubor.....	24
	5.4 Metodika.....	25
	5.4.1 Dotazník STAI X1 a STAI X2.....	26
	5.4.2 Svalový test prof. Jandy.....	26
	5.5 Výsledky empirické analýzy.....	26
	5.6 Verifikace hypotéz.....	28
	5.7 Diskuze.....	29
	5.8 Kritéria pro výzkum s lidmi s narušenou komunikační schopností.....	31
	5.9 Rady pro dospělé s narušenou komunikační schopností.....	32

PRAKTICKÁ CVIČENÍ POUŽITÁ U KLIENTŮ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ

ZÁVĚR

CIZOJAZYČNÉ SHRNU TÍ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ODBORNÁ LITERATURA A INFORMAČNÍ ZDROJE

PŘÍLOHY – PŘÍLOHA A Kazuistika respondenta

PŘÍLOHA B Souhlas respondenta s terapií

PŘÍLOHA C Dotazník STAI-X1, STAI-X2

## ÚVOD

“Na světě jsme proto, abychom bojovali se všemi problémy, co život přináší a musíme pomáhat bojovat těm, co nemají tolik síly, i když to někdy není jednoduché“.

autor neznámý

Vady a poruchy řeči se v posledních desetiletích v širším pojetí představily do sousloví narušené komunikační schopnosti (Peutelschmiedová, 2009). Téma narušené komunikační schopnosti se mě pracovně i osobně dotýká. Pracuji jako fyzioterapeut v Dětském centru 1990 v Olomouci-Topolanech a polovina mých klientů se potýká s narušenou komunikační schopností. Sama jsem se v dětství potýkala s vadou řeči a z osobní zkušenosti vím, jak narušená komunikační schopnost ovlivňuje nejen mluvicí orgány, ale i fyzický a psychický stav jedince a velmi výrazně pak jeho osobnost. Zajímalo mě, jak vada řeči ovlivňuje šest studentů střední školy a jednoho zaměstnance při Dětském centru v Olomouci - Topolanech. Nutno podotknout, že v naší práci se jedná o respondenty s lehkým mentálním postižením a přidruženou narušenou komunikační schopností. Zkoumala jsem, zda trpí aktuální úzkostí nebo úzkostlivostí jako dlouhodobého rysu osobnosti. Zabývala jsme se otázkou, jestli tanečně-pohybová terapie dokáže ovlivnit jejich aktuální úzkost a zda se to projeví i na jejich úzkostlivosti. Také jsme se zaměřili na svalové napětí v těle a zkoumali, jestli ho tanečně-pohybová terapie ovlivňuje. Práce má být inspirací jak pro studenty tanečně-pohybové terapie, tak i pro pracovníky pomáhajících profesí pracující s lidmi s narušenou komunikační schopností. Zajímavé informace v ní naleznou i dospělí s narušenou komunikační schopností. Práce taktéž nastiňuje, jak k lidem s narušenou komunikační schopností přistupovat. Předkládanou prací bych ráda podpořila klienty s narušenou komunikační schopností v tom, aby svůj každodenní boj s řečí nevzdávali. Mně osobně v dospívání velmi pomohlo přijetí své narušené komunikační schopnosti, nikoliv každodenní obzvláště psychicky náročný boj s ní. V průběhu let jsem se snažila najít způsob, jak ji individuálně zlepšit. Cílem terapií by nemělo být zaměření se na perfektní plynulou řeč, ale především na uvolnění těla i mysli, snížení strachu a podpora víry v sama sebe. Tento záměr jsem se snažila zachovat i při lekcích tanečně-pohybové terapie s respondenty.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE

### 1.1 Charakteristika

Tanečně - pohybová terapie je jedním z oborů uměleckých terapií<sup>1</sup>. Využívá tedy umění a jeho formy. V užším pojetí v sobě zahrnuje nejen expresi (vyjádření), ale i korekci (kontrola vyjádření) a impresi (přijímání) [čerpáno z výuky muzikoterapie na Akademii Alternativa]. Je určena všem, kteří se mohou hýbat, i těm, kteří jsou připoutáni na lůžko (např. pohybují pouze těmi částmi těla, kterými mohou nebo si pohyb pouze představují – tzv. vizualizace). Její uplatnění můžeme najít v různých oblastech: zdravotní (poranění mozku, amputace, chronická bolest, duševní choroby, poruchy příjmu potravy aj.), sociální (lidé s autismem, s mentálním postižením, stárnoucí populace aj.), pedagogická (např. žáci se specifickými poruchami učení). Tanečně - pohybová terapie má své důležité místo také v oblasti prevence, např. u dětí a dospívajících.

Taneční terapie a další umělecko-terapeutické přístupy v současné době nabízí rozdílné metody, techniky a prostředky, které však mohou naplňovat podobné nebo také společné cíle ve vzájemné spolupráci s lékařskými, psychologickými a speciálními výchovně-vzdělávacími prostředky a cíli (Beníčková, 2011). Protože v rámci tanečně-pohybové terapie existuje více přístupů, které vnímají různě smysl tance a terapie, definice tanečně-pohybové terapie není jednotná. ADTA<sup>2</sup> taneční terapii definuje jako „terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince“ (Dosedlová, 2012). AEDT<sup>3</sup> definici rozšiřuje a označuje tanečně - pohybovou terapii jako psychoterapeutickou aktivitu, která pomáhá pacientům znovu nalézt radost z funkční činnosti, jednotu tělesna a duševna, obnovu pozitivního sebepřijetí, autonomii, tělesnou symboliku a sublimaci<sup>4</sup> (Dosedlová, 2012).

Co je však při tanečně-pohybové terapii tím zásadním? Dle názoru odborníků z oblasti tanečně-pohybové terapie a mého názoru je tím nejvýznamnějším spojení pohybu s emocemi. Také Helen Payne říká, že „ústředním principem taneční a pohybové terapie je významné a

---

<sup>1</sup> Mezi umělecké terapie řadíme arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii a tanečně-pohybovou terapii

<sup>2</sup> Americká asociace taneční terapie

<sup>3</sup> Evropská asociace taneční terapie

<sup>4</sup> Transformace v nějakou jinou náhradní, sociálně akceptovatelnou a kultivovanou činnost (např. uměleckou).

Tělem tvoříme umělecké dílo a skrze umění tvoří pacient sebe sama (Dosedlová, 2006)



silné spojení mezi pohybem a emocemi“ (Payneová, 1999). K tomuto tvrzení bych přidala, že pro tanečně-pohybovou terapii je charakteristický cílený a plánovaný terapeutický účinek. Líbí se mi tvrzení o taneční terapii od průkopnice taneční-terapie Joan Chodorowové: Taneční terapeut užívá tanec a pohyb a tělesnou zkušenost k vyjádření, komunikaci a změně emocí“ (Chodorowová, 2006). Každý člověk komunikuje a sděluje svým tělesným pohybem. Úkolem tanečně-pohybového terapeuta je pak sledovat tento pohybový proces jedince a pomoci mu uvedené spojení prozkoumat v jeho životě a v jeho vlastních zkušenostech tak, aby dotyčný pokročil v ozdravném procesu a obohatil rejstřík svých vztahů mezi somatickými, psychickými a emočními aspekty (Payneová, 1999). Taneční terapeut nabízí klientovi rozšíření jeho pohybového repertoáru a je na klientovi, jak s tímto obohacením naloží a zda jej přenesení i do svého života.

## 1.2 Cíle a využití tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie podle ADTA<sup>5</sup> (Čížková, 2005) si klade za cíl dosáhnout:

- emoční a fyzické integrace jedince
- vědomí těla, hranic těla a jeho vztahu k prostoru
- realistického vnímání své vnitřní představy o těle
- akceptace a bezpečného způsobu zvládnání napětí v těle, úzkosti, stresu a potlačované energie
- schopnosti identifikovat a vyjadřovat své pocity bezpečným a přijatelným způsobem
- obohacení pohybového repertoáru
- pomoci při kontrole impulzivního chování

Obecně lze říci, že lidé, kteří potřebují taneční terapii, mají co sdělovat svým tělesným pohybem a vnitřním napětím, i když si nemusí být nějakého obsahu ve verbálním slova smyslu vědomi (Čížková, 2005). Když jsme nervózní nebo nás něco trápí, vždy se to projeví na pohybovém projevu. Samozřejmě se to může projevit i na verbálním projevu či našem psychickém rozpoložení. Pohyby však prozradí i to, co lze verbálně skrýt. V pohybu nelze předstírat tolik jako ve slovech – čím více ovládáme jazyk, tím více dokážeme sdělení modifikovat. V motorickém vyjadřování nejsme tak zběhlí a trénovaní, nedokážeme ho

---

<sup>5</sup> Americká asociace taneční terapie (American Dance Therapy Association)

kontrolovat ve stejné míře jako slova (Dosedlová, 2006). I v tom tkví význam tanečně-pohybové terapie. Cílem není u jedince něco nechtěně odhalit. Každý z nás se pohybuje určitým způsobem a používá určité pohybové stereotypy, které se opakují. Snahou tanečně-pohybových terapeutů by měla být analýza pohybu jedince a rozšíření pohybového repertoáru člověka. To, že člověk obohatí tento svůj pohybový repertoár, se může projevit na jeho psychickém stavu, verbálním projevu i v provádění běžných denních činností.

Tanečně-pohybová terapie má pro svou schopnost přizpůsobit se potřebám klientů široké uplatnění. Mezi kontraindikace však patří akutní krize (např. psychóza v akutní fázi, delirantní stavy) nebo těžké formy deprese. Terapeut musí být garantem bezpečí i přes případné agresivní impulzy klientů. Klient nesmí ublížit sobě nebo druhým. Terapeut musí stanovit a udržet hranice.

### **1.3 Tanečně-terapeutický proces**

Významnou složkou tanečně-terapeutického procesu je osobnost terapeuta. Tanečně-pohybový terapeut by měl být „opravdový“, aby mu klient uvěřil – měl by být pro klienta opravdovým člověkem (žít i osobní život čestně a co nejlépe a být tak vzorem), měl by kontrolovat svoje vnitřní pocity a prožívání, být otevřený paletě zážitků klienta a nepřehánět to s profesionalitou. Terapeut by měl také empaticky rozumět klientovi a ve vztahu s klientem být eticky zaangażovaný. V průběhu terapie vede terapeut s klientem otevřený dialog, při kterém společně nacházejí řešení problému. Během terapie je dobré průběžně odpovídat na otázky typu (čerpáno z výuky tanečně-pohybové terapie a zkušeností zahraničních tanečně-pohybových terapeutů a arteterapeutů působících na Akademii Alternativa):

Kdy a kde se problém objevil?

Jak se problém manifestuje (gesty, slovy, činy)?

Kdo je přítomen ve chvíli, kdy se problém objeví?

Jsou nějaké výjimky, kdy se problém neobjeví?

Jak se problém mění poté, co se změní chování klienta?

Jak vysvětluje problém klient a jak ho demonstruje při setkáních?

Jak poznám, když problém zmizí?

V tanečně-terapeutickém procesu je důležitá sebereflexe, průběžné supervize<sup>6</sup> terapeuta, aby terapie směřovala žádoucím směrem s pozitivními výsledky.

## **1.4 Tanečně-terapeutický plán**

Tanečně-terapeutický plán zahrnuje: dokumentaci, indikace a kontraindikace, tanečně - terapeutické cíle, tanečně - terapeutické strategie, seznam tanečně - terapeutických cvičení, časový harmonogram, prostředky.

Dokumentace znamená veškeré dostupné informace o klientovi, včetně informací od ostatních odborníků a terapeutů, kteří s ním pracují. Dále vstupní, průběžnou a výstupní diagnostiku, případně další materiály získané během terapie. Tanečně - terapeutický plán by měl obsahovat i indikace a kontraindikace u konkrétního klienta. V plánu nalezneme také tanečně-terapeutické cíle, které jsou krátkodobé (v řádu několika setkání), střednědobé (v řádu měsíců až let), dlouhodobé (v řádu let). Současně zde mohou být i cíle dílčí, hlavní a doprovodné. Tanečně-terapeutická strategie znamená volbu postupů, přístupů, modelů, metod a technik. V tanečně - terapeutickém plánu by neměl chybět ani seznam tanečně-terapeutických cvičení. Časový harmonogram pojednává o délce a frekvenci setkání i o tom, zda se předpokládá dlouhodobá či krátkodobá práce. Mezi tanečně - terapeutické prostředky obsažené v plánu patří tanečně-terapeutická místnost, CD přehrávač a CD, a další pomůcky, případně literatura.

## **1.5 Formy tanečně-pohybové terapie**

Tanečně-pohybová terapie může být koncipována jako skupinová nebo individuální.

Individuální tanečně-pohybová terapie znamená, že se pracuje s jedním klientem a terapie je klientovi plně přizpůsobená (terapeut pracuje s problematickými oblastmi jednoho klienta). Skupinová tanečně-pohybová terapie se realizuje se skupinou klientů, tato skupina však neprochází skupinovou dynamikou. Setkávání může být otevřené novým klientům, či uzavřené setkání stálých klientů. Pohyby jsou improvizované nebo vedené terapeutem a mohou být, ale nemusí být doprovázeny hudbou.

Tanečně-pohybová terapie může být používána v kombinaci s dalšími uměleckými terapiemi jako muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie. Pro klienta je velmi přínosné a obohacující

---

<sup>6</sup> Supervize není pouze ve smyslu nadřazeného kontrolního mechanismu. Může se jednat o odborníka supervizora, který poskytuje zpětnou vazbu odborníkovi stejně postavenému.

jednotlivé terapie kombinovat. To však pouze v případě, že terapeut má oprávnění pracovat i v oblasti dalších uměleckých terapií. V případě, že tanečně-pohybová terapie není u klienta účinná a terapeut není oprávněn s jiným druhem terapie terapeuticky pracovat, terapeut by měl klienta zodpovědně odeslat k jinému terapeutovi, příp. odborníkovi z jiného oboru<sup>7</sup> a s tímto odborníkem nadále spolupracovat, aby péče o klienta byla komplexní a přinesla pozitivní výsledky.

## 1.6 Lekce tanečně-pohybové terapie

Lekce tanečně – pohybové terapie obsahuje:

1. Warm up – zahřátí na začátku lekce
2. Release – uvolnění fyzického a emocionálního napětí
3. Exploration in the team – pohyb celé skupiny, hlavní témata, vyvrcholení práce
4. Centering – soustředění ve skupině, příprava k závěru lekce
5. Closing – závěr, konečná fáze lekce, zklidnění, relaxace, rozbor lekce

Nakonec nesmíme zapomenout na reflexi, která je v závěru tanečně-terapeutické lekce velmi důležitá. Jedná se o sdílení myšlenek, dojmů a pocitů v souvislosti s právě ukončenou lekcí. Všímáme si neverbálních prvků v projevu mluvčího. Slovo má vždy jen jeden člověk. Mluvíme konkrétně sami za sebe.

*Základy vedení lekce tanečně-pohybové terapie (čerpáno z výuky na Akademii Alternativa):*

Na začátku tanečně-pohybové terapie je nutné, aby terapeut stanovil svá pravidla. Každý terapeut může mít některá svoje pravidla, v zásadě se často objevují tato:

1. Lekce začíná a končí včas.
2. Nikdo nesmí přijít během lekce k úrazu. Musí být zajištěná bezpečnost prostoru. Terapeut by měl znát základní pravidla první pomoci, aby mohl v případě nouze zasáhnout a zajistit ošetření.
3. Terapeut musí zajistit naprostou anonymitu klientů, z důvodu etického. Nesmí narušovat soukromí klienta.
4. Členové skupiny se zaměřují na sebeuvědomění a sociální uvědomění ve skupině. Je nutná spolupráce všech.

---

<sup>7</sup> Např. psychologovi, psychiatrovi, logopedovi, fyzioterapeutovi

5. Během lekce se nekouří, nejí. Účast nového pozorovatele je možná jedině za výslovného souhlasu celé skupiny.
6. Za aktivní účast si zodpovídá každý sám.
7. Cíle lekce vycházejí z lekcí předcházejících. Postupně rozvíjíme určitá témata. Zvážíme možné kontraindikace, neboť některá témata mohou klientovi uškodit. (např. lidé s psychózou- používat méně fantazijních témat, hyperaktivní pacienti - omezovat dynamické činnosti apod.)
8. Lekci předchází důsledná příprava terapeuta. Pracujeme s vyhodnocením lekce a z výsledků vycházíme do budoucna.
9. S klienty je možné sepsat smlouvu, která ujasní podmínky spolupráce.

#### *Zásady pro práci terapeuta ve skupině taneční terapie:*

Aby mohl taneční terapeut správně vykonávat svoji práci, a aby mohl navázat vztah se svým klientem, musí dodržovat určité zásady. Mezi tyto zásady patří:

- akceptace
- úcta
- empatie
- značná autenticita

Pokud terapeut tyto zásady dodržuje, předpokládá se, že vztah mezi klientem a terapeutem by měl být naplňující. Stejně jako u ostatních terapeutických směrů by měl i taneční terapeut projít vlastní zkušeností a dosáhnout vlastního sebepoznání. Terapeut by měl mít nejen tanečně-terapeutické vzdělání, ale i vzdělání z oblasti pohybové. Měl by např. vědět, jaké svaly musí zapojit, když se chce otočit a co u toho cítí. Také by měl neustále pracovat na rozvíjení svého pohybového repertoáru a objevovat své pohybové a taneční možnosti. Snaží se rozvinout ty pohybové kvality, které používá málo, zřídka či vůbec nikdy. Každý taneční terapeut by se měl vyvarovat předvádění se před klienty jako před publikem.

Role tanečně - pohybového terapeuta spočívá v tom, že nabízí stimulující interakci<sup>8</sup> a navazuje vztah se svým klientem, vypěstovává vzájemnou důvěru a zejména se snaží odstranit jeho dosavadní problémy nebo je alespoň zlepšit. K tomu, aby terapeut tohoto stavu dosáhl, musí dodržovat výše uvedené zásady a být „profesionální“.

---

<sup>8</sup> Působení dvou nebo více stimulů, které ovlivňují klienta

Terapeut se setkává s pacientovým pohybem na jeho úrovni, čímž pacientovi sděluje: „Rozumím tomu, co mi říkáš.“ Terapeut by však měl poskytnout i tzv. strukturu – tzn. limity možného chování, určité hranice, které by se neměly překročit. Struktura by měla být bezpečná a podporující.

## **1.7 Vývoj tanečně-pohybové terapie v Evropě a České republice**

V roce 1966 byla založena Americká asociace taneční terapie (ADTA), jejíž první prezidentkou se stala Marian Chaceová<sup>9</sup>. Hlavním místem rozvoje tanečně-pohybové terapie bylo Laban Centre for Movement and Dance v Londýně. V roce 1948 byla založena Francouzská společnost pro psychoterapii tancem a její současnou prezidentkou je F. Schott-Billmannová<sup>10</sup>. Následně na to byla v roce 1993 založena Evropská asociace taneční terapie (AEDT) sdružující národní asociace z Francie, Itálie, Řecka a Belgie.

V roce 2002 byla založena Česká tanečně-terapeutická asociace a v roce 2009 vznikla Mezinárodní asociace uměleckých terapií (MAUT)<sup>11</sup>. Vzdělávání v oblasti uměleckých terapií zajišťuje Akademie Alternativa, akreditovaná Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Kromě studia tanečně-pohybové terapie je nabízeno studium muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a uměleckých terapií. Škola úzce spolupracuje s tuzemskými i zahraničními institucemi, které se podílejí na přípravě budoucích terapeutů, zkvalitnění terapeutického procesu a legislativního zázemí. Škola úzce spolupracuje s MAUT.

## **1.8 Tanečně-pohybová terapie u dospělých s narušenou komunikační schopností v ČR**

Zachycení tanečně - pohybové terapie u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností nalezneme v literatuře a na internetu jen ojediněle. V České republice najdeme taneční terapeuty např. na Psychosomatické klinice v Praze (Andrea Malá), na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK (MUDr. Tereza Gueye) a Vinohradské fakultní nemocnice, kde se

---

<sup>9</sup> Zakladatelka tanečně-terapeutického směru Bazální tanec. Pracovala s duševně nemocnými dětmi ve Washingtonu

<sup>10</sup> Zakladatelka primitivní exprese

<sup>11</sup> MAUT každoročně pořádá Ars Therapeutica (mezinárodní konferenci) a mezinárodní sympozium (Den uměleckých terapií s expresivními přístupy). Více: [www.maut.cz](http://www.maut.cz)

terapeuticky pracuje s lidmi po poranění mozku (Ing. et Mgr. Jany Špinarové - Dusbábkové). V nemocnici Motol se tanečně-pohybová terapie zaměřuje na pacienty s neurotickými poruchami a psychotickými onemocněními. Tanečně-pohybové terapii se věnují i ve FOKUS o. s. Praha (práce s klienty s psychotickým onemocněním), ve sdružení CEREBRUM v Praze (práce s klienty po poranění mozku pod vedením Mgr. Kláry Čížkové), v terapeutickém centru THERAPY PIONT, s.r.o. Praha (pod vedením MUDr. Radany Syrovátkové), ve vězení a následné péči v PODANÝCH RUKÁCH (Bc. Olga Škvařilová). Za zmínku dále stojí jméno Mgr. Petra Velety, který využívá tanec při své práci se seniory pod Českou Alzheimerovskou společností a Gerontologickým centrem v Praze. Dále Erika Landischová terapeuticky pracuje již řadu let s klienty s mentálním a kombinovaným postižením v Modrém klíči v Praze. V České republice jsem však nenašla zařízení, které by pracovalo s lidmi s narušenou komunikační schopností. Tento nedostatek jsem brala jako výzvu a chopila se tak velmi široké problematiky. Tato cílová skupina by si však zasloužila větší výzkum a větší povědomí veřejnosti.

## **1.9 Výzkum v tanečně-pohybové terapii u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností**

V literatuře jsem našla ověření terapeutického účinku tanečně-pohybové terapie při snižování úzkosti, v tomto případě ze zkoušek, v roce 1999. Již po dvou týdnech se projevil pozitivní vliv hodin tanečně terapie na snížení míry úzkosti studentů ze zkoušek (Erwin-Gabner, T.-Goodilkl, S. et al.; Dosedlová, 2012). Terapeutický účinek při snižování úzkosti lze předpokládat i v jiných situacích a u dalších cílových skupin, jak potvrzuje naše výzkumné šetření u cílové skupiny dospělých lidí s narušenou komunikační schopností.

Zahraniční studie jsou často zaměřeny na úzkost především u dětí a mládeže (Parslow et al., 2008; Goodgame, 2007). V našich podmínkách se nesetkáme se studií zaměřenou na zkoumání vlivu tanečně-pohybových aktivit u jedinců s úzkostní symptomatikou. Najdeme zde pouze několik příbuzných výzkumů, které jsou většinou součástí diplomových prací (Bič, 2009; Hanáčková, 2008; Mádrová, 2011 aj.). Studií týkající se vlivu tanečně pohybových aktivit na úzkost najdeme např. ve srovnání s depresí méně. Ba co více, mnohdy nejsou tyto výzkumy cíleny na psychiatrickou populaci (Lesté & Rust, 1990).

## 1.10 Terapeutická práce s narušenou komunikační schopností v dalších uměleckých terapiích

### *Muzikoterapie*

„Řeč a její aspekty (paralingvistické aspekty řeči - melodie, artikulace, rytmus, tempo) úzce souvisejí s hudbou (hudební výrazové prostředky – melodie, rytmus, tempo)“. (Beníčková, 2011). Muzikoterapie pracuje i s cílovou skupinou lidí s narušenou komunikační schopností. Hudba prostřednictvím muzikoterapie rozvíjí smysl pro rytmus, který je důležitý pro logopedii, dále učí ekonomice dechu a rozvíjí komunikaci. V muzikoterapii můžeme použít muzikoterapeutická cvičení (srov. Beníčková, s. 121 – 123, 2011) podporující rozvoj komunikačních schopností a dovedností dle výběru muzikoterapeuta a indikacemi klienta. V r. 1927 na neurologické klinice v Moskvě metoda, která vychází z principů muzikoterapie (autor V. A. Giljarovskij). Jeho následovníci vytvořili systém léčebné logopedické rytmiky pro děti trpící balbutismem. Na Psychologicko - výchovné klinice v Bratislavě se orientují Z. Mátejová a S. Mašura na muzikoterapii dětí i dospělých s poruchou řečové komunikace.

### *Arteterapie*

Arteterapie také pracuje s lidmi s narušenou komunikační schopností. Pracuje se převážně se skupinovou formou, kdy se využívá podpory celé skupiny. Arteterapie může být cestou k lepší komunikaci. V arteterapii můžeme využít různé druhy koláží, práci s tuší (trénujeme sílu a intenzitu výdechového proudu, nácvik břišního dýchání) a další množství arteterapeutických technik dle výběru arteterapeuta a indikací klienta.

### *Dramaterapie*

Klientela s „klasickým“ logopedickým nálezem (dyslálie, dysartrie, palatolálie, rinolálie, tumultus sermonis, balbuties, afázie, dysfázie, mutismus) je z hlediska dramaterapeutické intervence okrajovou záležitostí, symptomatické poruchy řeči u osob s mentálním postižením a komunikační problémy provázející neurotické a stresové poruchy jsou v dramaterapii velmi frekventované diagnózy (Valenta, 2007). V dramaterapii můžeme využít cvičení na podporu komunikace dle výběru dramaterapeuta a cílů terapie (srov. Valenta s. 203 – 207, 2007).



## 2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

### 2.1 Charakteristika

Narušená komunikační schopnost je jedním ze základních termínů současné logopedie<sup>12</sup>. U člověka s narušenou komunikační schopností se sledují i další roviny jazykových projevů, tzn. lexikálně-sémantická (obsahová), morfologicko-syntaktická (gramatická) a pragmatická (věcná/praktická) rovina. Za narušenou komunikační schopnost nelze u dítěte považovat určité projevy, které jsou fyziologickými jevy. V období mezi 3. - 4. rokem života dítěte se může projevit fyziologická neplynulost (dysfluence), fyziologický dysgramatizmus (neschopnost užívat obvyklých gramatických tvarů), fyziologická dyslálie (vynechávání nebo záměna hlásek) či fyziologická nemluvnost (fyziologická do 1 roku věku dítěte). Člověk s poruchou řeči může mít postižena řečová centra v mozku (vznikají centrální poruchy řeči) nebo některou část mluvidel, např. dýchací orgány, hlasové ústrojí nebo artikulační orgány – ústní a nosní dutina, jazyk, zuby a rty (Slowik, 2010). Poruchy řeči mohou vyvolat celou škálu komplikací, od úplné neschopnosti dorozumět se s ostatními až po vliv komunikačních obtíží na vývoj a integritu osobnosti (úroveň sebevědomí a sebepojetí). V sociální interakci se takový člověk setkává s nepochopením, bývá zesměšňován, musí čelit trapným situacím apod. To vše pak může negativně zasahovat do vytváření a udržování kontaktů s okolím.

### 2.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti

Vývoj řeči je složitý proces, který ovlivňují vnitřní faktory (např. vrozené předpoklady a nadání pro řeč, zdravý vývoj sluchu a zraku, nepoškozená centrální nervová soustava a mluvní orgány) a vnější faktory (vliv prostředí a výchovy, přiměřené množství podnětů a stimulace dítěte ke komunikaci).

Podle stupně může být narušení komunikační schopnosti úplné nebo částečné. Osoba, u které se narušená komunikační schopnost projevuje, si svůj nedostatek uvědomuje, ale také nemusí.

---

<sup>12</sup> Předmětem logopedie je široká oblast narušené komunikační schopnosti u osob všech věkových kategorií – dětí, adolescentů, dospělých i lidí ve stáří. Zkoumá tuto narušenou komunikační schopnost z hlediska jejich příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.

Lechta (1990) dělí narušenou komunikační schopností do 10 základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení fluence (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči

### **2.2.1 Vývojová dysfázie**

Vývojová dysfázie znamená ztíženou schopnost naučit se verbálně komunikovat. Příčinou je postižení centrální nervové soustavy. U člověka s dysfázií je úroveň verbálního projevu mnohem nižší než odpovídá jeho intelektu. Mezi symptomy patří porucha vyslovování hlásek, porucha v pořadí řazení slabik, řeč je agramatická<sup>13</sup> a často nesrozumitelná. Člověk je neschopen udržet dějovou linii, má malou aktivní slovní zásobu, může se přidat dyslexie<sup>14</sup>, dyspraxie<sup>15</sup>, porucha kresby či porucha jemné motoriky .

### **2.2.2 Afázie**

Příčinou afázie jsou ložisková poškození kůry a podkorových oblastí mozku. Nejčastějšími příčinami vzniku jsou cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory, encefalitidy či degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Mezi symptomy patří parafrázie (deformace slov různého typu a stupně), parafrázie (snížená schopnost až nemožnost větného vyjádření), perseverace (ulpívání na předchozím podnětu i při dalších odpovědích), logorhea (překotná mluva), anomie (porucha pojmenování), neologismy (gramaticky chybně vytvářená slova) či porucha rozumění. V logopedické praxi je časté dělení afázií na senzoricou

---

<sup>13</sup> Neschopnost gramaticky správně spojovat slova a věty

<sup>14</sup> Specifická porucha učení, porucha schopnosti čtení

<sup>15</sup> Ztráta naučených pohybových stereotypů

(receptivní, Wernickeho), motorickou (expresivní, Brocovu) a totální (globální). Afatici vyžadují komplexní rehabilitaci, sestávající z lékařské, fyzioterapeutické, psychologické i logopedické terapie.

### **2.2.3 Mutismus**

Mutismus znamená nepřítomnost nebo ztrátu řeči a nemá organickou příčinu. V dětství a v adolescenci nejčastěji vzniká elektivní mutismus, kdy emoce brání v používání řeči. Příčiny mohou být vnitřní - endogenní (velká psychická senzibilita vůči svým vlastním výkonům) a vnější - exogenní (přehnané požadavky na řečový výkon nebo chování dítěte). V terapii se využívá psychoterapie, foniatrie<sup>16</sup> a logopedie.

### **2.2.4 Narušení zvuku řeči**

#### **2.2.4.1 Rinolalie**

Rinolalie (huhňavost) znamená poruchu řeči a artikulace z důvodu narušení patrohltanového uzávěru. Zavřená huhňavost (hyponazalita) vzniká, pokud je nosní rezonance patologicky snižena např. vlivem polypů. Otevřená huhňavost (hypernazalita) vzniká patologicky zvýšením nosní rezonance, pokud dojde k obrně měkkého patra či rozštěpu patra. Kombinací hypernazality s hyponazalitou vzniká smíšená huhňavost (hyper - hyponazalita). Terapie rinolalie vyžaduje lékařskou péči a následně terapii logopedickou.

#### **2.2.4.2 Palatolalie**

Příčinou této narušené komunikační schopnosti jsou orofaciální rozštěpy<sup>17</sup>, což znamená že jsou narušeny nebo chybí části kostí nebo tkání. Mezi příčiny patří dědičnost, působení škodlivin od 4. do 8. týdne intrauterinního života, které způsobují teratogenní vady. U dětí s rozštěpovými vadami je narušeno sání, polykání, dýchání, vývoj sluchu a narušen tělesný vývoj. Dochází k anomáliím růstu čelisti, zubů a k deformaci obličeje. Rozštěpy mají i

---

<sup>16</sup> Obor lékařství zabývající se vyšetřováním hlasu, řeči a sluchu člověka, rehabilitací a léčbou poruch

<sup>17</sup> Rozštěpy dutiny ústní, tváří a obličeje

psychosociální důsledky. Cílem komplexní rehabilitační péče je minimalizovat tuto vrozenou anomálii a její následky.

## **2.2.5 Narušení plynulosti (fluence) řeči**

### **2.2.5.1 Breptavost (tumultus sermonis)**

„Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování“ (Tarkowski, 2003).

Pro breptavost je charakteristické zrychlené tempo řeči. Příčinou je dědičnost nebo organický podklad. Projevuje se od raného dětství a přetrvává do období dospívání a i déle. Breptavost může být kombinací narušení psychického (poruchy koncentrace, chaotičnost myšlení), lingvistického (neplynulost řeči, dysgramatizmus) a fyziologického (poruchy dýchací). Lidé s breptavostí mají normální intelekt, jejich jazykové schopnosti jsou však podstatně nižší než jejich intelekt. Osoby s breptavostí si svůj nedostatek v komunikaci neuvědomují.

### **2.2.5.2 Balbuties**

Balbuties (kocktavost) je v rámci MKN<sup>18</sup> zařazována mezi poruchy chování a emocí, avšak žádná symptomatologie tomu neodpovídá (Lechta, 2010). Je jeden z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Mezi příčiny balbuties se řadí dědičnost, negativní vlivy sociálního prostředí (dlouhotrvající neurotizace v domácím nebo školním prostředí), psychotraumata, orgánové příčiny (postižení kůry mozku), poruchy metabolismu, nebo vrozená řečová slabost. Kocktavost se objevuje většinou v období vývoje řeči, ve věku od tří do pěti let, i když některé případy vznikají teprve v dospívání. Často se u používá schéma kocktavosti: kocktavost = dispozice + trauma.

Nejtypičtějším příznakem je přerušování toku mluvy. Balbuties představuje komplexní syndrom, přičemž jednotlivé symptomy lze pozorovat ve všech čtyřech jazykových rovinách: foneticko-fonologická oblast (obtíže s artikulací), lexikálně-sémantická (parafráze při mluvním projevu), morfologicko-syntaktická (úsilí o co nejkratší věty), pragmatická (narušené koverbální chování či snaha vyhnout se verbální komunikaci). Objevují se různé grimasy, mrkání, kývání ze strany na stranu, kolébání se dopředu - dozadu, manipulace s prsty a oblečením (zip, knoflíky), přešlapování, celkový motorický neklid. Balbutik se vyhýbá

---

<sup>18</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V ČR platná od roku 1994.

zrakovému kontaktu. Koktavost zasahuje celou osobnost, především ve složce sebevědomí a emotivity. Nejtěžší jsou neurotické příznaky, které mohou vyústit až v logofobii<sup>19</sup>. Další příznaky koktavosti se mohou projevovat v psaném projevu (ztížený začátek psaní, narušení plynulosti čáry, škrtnání, vynechávání písmen aj.). Objevují se poruchy jemné motoriky a určité specifické rysy kresby. Z tělesných projevů jsou to změněná frekvence pulsu, zvýšený krevní tlak, poruchy metabolismu a nespavost, zvýšená unavitelnost.

Mezi příznaky v řeči patří:

- porucha respirace – nepravidelné, povrchní dýchání, poruchy dýchacích pohybů
- fonace – na hlasivkových vazech dochází ke spazmům. Dochází k tzv. tvrdým hlasovým začátkům, které mohou vést až k poškození hlasivek.
- artikulace – její průběh je narušen křečemi obvykle na začátku slov a vět. Podle křečí se balbuties rozlišuje na formu tonickou (tlačení, napínání) a klonickou (trhané opakování hlásek a slabik), případně formu kombinovanou. Klonická forma je považována za méně závažnou.
- dysprozódie – prozodické faktory řeči (melodie, tempo, přízvuk) jsou narušeny. Řeč může být monotónní, tempo řeči zrychlené nebo kolísavé.
- embolofrázie – jedná se o vsuvky v podobě hlásek, slabik nebo slov, kterými si balbutici pomáhají při překonávání křečí mluvidel
- parafrázie – opisy slov či synonyma, které jsou tvořeny ve snaze vyhnout se slovům s „nebezpečnou hláskou“.

Mezi aktuální metody patří *behaviorální terapie*<sup>20</sup>. Cílem je celková přestavba řeči balbutika, změna respirace, fonace i artikulace. V logopedické praxi v ČR byly využívány komplexní léčby např. podle Seemana, která zahrnuje medikamentózní léčbu, tělesná cvičení, denní režim, dietu, psychoterapii, nácvik respirace, fonace, artikulace, řečnická cvičení, čtení.

Kompletní klinický obraz koktavosti spočívá podle Lechty v prolínání tří skupin symptomů:

- dysfluence, neplynulosti
- nadměrné námahy
- psychické tenze

---

<sup>19</sup> Spontánní odmítání hovořit

<sup>20</sup> Techniky změn chování, které se opírají o principy učení.

## 2.2.6 Dyslalie

Jedná se o nejčastěji se vyskytující poruchu komunikační schopnosti. Je to vývojová vada, která přetrvává asi do 6. - 7. roku života, ale mnohdy až do dospělosti. Dyslalie je porucha artikulace, konkrétně porucha používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek. Od vadné výslovnosti se rozlišuje se nesprávná výslovnost, která je vývojovým jevem (tzv. fyziologická dyslalie do 5. roku dítěte). *Mogilalie* znamená vynechání určité hlásky ve slově. *Paralalie* je zaměňování hlásky za jinou. Jedná-li se o vadnou výslovnost (hláska je tvořena jiným způsobem a na jiném místě než odpovídá normě spisovného jazyka), označuje se jako dyslalie. Nesprávná tvorba např. hlásky R se označuje jako rotacismus, sykavek jako sigmatismus.

## 2.2.7 Dysartrie

Dysartrie je porucha procesu artikulace. Její příčinou je poškození centrálního nervového systému. Kromě poruchy hláskování jsou narušeny v různé míře respirace, fonace, zvuk řeči a vyskytuje se i dysprodiózie<sup>21</sup>. Nejtěžší stupeň dysartrické poruchy (anartrie) se projevuje neschopností verbální komunikace. Dysartrie a anartrie mohou vzniknout v kterémkoli období života člověka. Podle lokalizace postižení centrálního nervového systému se dysartrie dělí na různé typy. V terapii se využívá komplexní rehabilitace (složka lékařská, fyzioterapeutická, psychologická, logopedická, speciálně-pedagogická).

## 2.2.8 Poruchy hlasu

Poruchy hlasu mají příčiny vnitřní (např. chabost hrtanového svalstva), vnější (nesprávná hlasová technika), orgánové (onemocnění hlasového ústrojí), funkční (narušená funkce hlasového ústrojí), psychogenní (psychogenní dysfonie<sup>22</sup> a afonie<sup>23</sup>). Léčbou hlasových poruch se zabývají foniatři, otorinolaryngologové, po léčbě následují hlasová cvičení.

---

<sup>21</sup> Narušení melodie, tempa, rytmu, přízvuku

<sup>22</sup> Patologická změna hlasu

<sup>23</sup> Ztráta hlasu

## 2.2.9 Kombinované vady a poruchy řeči

Jde o postižení několika vadami současně. Postižení se projevuje nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti. Jedná se o kombinace mentálního postižení a vady řeči; dále o kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Do této skupiny patří i lidé s autismem a autistickými rysy, u nichž je diagnostikováno (např. mentální postižení či vada řeči). Při práci s kombinovaným postižením logoped často využívá systémy augmentativní a alternativní komunikace<sup>24</sup>.

### 2.2.10 Narušená komunikační schopnost u lidí s mentálním postižením

Protože se výzkumné šetření, které jsme provedli, zaměřovalo na respondenty s narušenou komunikační schopností a mentálním postižením, ráda bych představila problematiku komunikace u lidí s mentálním postižením.

Mentální postižení je vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Klenková, 2006). U dětí s mentálním postižením se objevuje huhňavost, dysartrie, breptavost kombinovaná s koktavostí, echolalie, dysprodié.

Začátek vývoje řeči závisí na stupni mentálního postižení:

- děti s hlubokým mentálním postižením (IQ pod 0) – řeč se nevyvíjí, děti vydávají neartikulované zvuky, neprojevuje se mimika ani nonverbální komunikace
- děti s těžkým mentálním postižením (IQ 20-34) – řeč se vůbec nevytvoří nebo zůstává na stupni pudových hlasových projevů. Někdy se uplatňují senzomotorické reflexy napodobovací (echolalie).
- děti se středním mentálním postižením (IQ 35-49) – řeč se vyvíjí po 3. roce, někdy až po 6. roce. Děti mechanicky zopakují i delší řečové celky, ale bez porozumění obsahu (napodobovací pud).
- děti s lehkým mentálním postižením (IQ 50-69) – začátek řeči je opožděn o 1-2 roky. Abstraktní myšlení nedosáhne úrovně dětí duševně zdravých.

---

<sup>24</sup> Augmentativní komunikační systémy podporují již existující komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se užívají jako náhrada mluvené (tištěné) řeči (Kraus, 2005)

## 3 SVALOVÉ NAPĚTÍ (TONUS)

### 3.1 Charakteristika a druhy svalového napětí

Každý sval má určitý stupeň napětí (tzv. tonus). Svalový tonus zabezpečuje soudržnost kostry, pečuje o správnou polohu a činnost útrobních orgánů, napomáhá krevnímu oběhu a ovlivňuje i celkové držení těla. Zvýšené svalové napětí se označuje jako hypertonus a stupňuje se až ve spasmus<sup>25</sup>. Snížené svalové napětí se označuje jako hypotonus. Svalové souvisí s napětím psychickým. Pokud je člověk ve stresu, v určitých svalech má zvýšené svalové napětí (např. v trapézových svalech). Zvláštní typ zvýšeného svalového napětí vzniká při poškození centrálního nervového systému a označuje se jako spasticita a rigidita. Snížené svalové napětí je typické pro poškození periferních nervových vláken a pro poruchu mozečku. Relaxace znamená uvolnění svalu, tedy zrušení jeho napětí.

### 3.2 Oslabení svalu

Oslabení svalu znamená snížení jeho svalové síly, tzn. že pohyb není proveden v plném rozsahu pohybu a správně.

Stručný popis cvičení oslabených svalů dle svalového testu:

0 st. – ve svalu není žádný pohyb. Provádí se pasivní pohyby k udržení rozsahu pohybu i stimulaci.

1 st. – přidává se cvičení izometrické kontrakce (stah svalu s vyloučením váhy, nepohybujeme segmentem)

2 st. – připojují se aktivní cviky s vyloučením váhy příslušného segmentu. Cvičení probíhá v závěsu, s dopomocí nebo ve vodě.

3 st. – cvičení probíhá aktivně, vypouští se polohování a cvičení s dopomocí

4. a 5. st. – aktivní cvičení s postupným zvyšováním odporu

Cvičení svalů podle svalového testu se začíná v poloze, ve které lze pohyb provést bez námahy a postupně se provedením a polohou pohyb ztěžuje a posiluje.

---

<sup>25</sup> Křečovitě napětí



### **3.3 Zkrácení svalu**

Zkrácení svalu znamená, že sval má menší délku než je jeho anatomická délka a vyznačuje se především při pohmatu bolestivostí svalu. Zkrácení svalu lze odstranit postizometrickou relaxací či strečinkem.

Postizometrická relaxace je technika, která se používá pro zvětšení rozsahu pohybu v kloubu nebo k protažení zkrácených svalů. Nemocný provede maximálně možný pohyb v kloubu. V tomto maximu terapeut klade odpor proti omezenému pohybu (např. při omezené flexi, pokrčení lokte se provádí pohyb do extenze, natažení). Délka kontrakce je 15-20 vteřin. Poté následuje uvolnění – relaxace a terapeut provede pohyb ve směru omezeného pohybu nebo protáhne sval pouze do bolesti. Toto cvičení se opakuje na každý sval a kloub 3-5x.

Cílem strečinku je zvětšit rozsah pohybu a protáhnout svaly s fyziologickou tendencí ke zkrácení. Dlouhodobě zkrácené svaly vystavené vyšší zátěži se mohou projevit zánětlivými a degenerativními změnami. Protažení je cíleno na svalová vlákna, nikoliv na vazy a šlachy. Vazy mají za úkol stabilizovat kloub, proto není vhodné je protahovat. Šlachy musí být pevné, mají omezenou protažlivost. Člověk pomalu a přiměřeně protahuje zkrácené svaly, setrvává v dané poloze, přičemž napětí ve svalu při výdrži by mělo postupně odeznít. V maximálním rozsahu je výdrž 10 – 30 vteřin. Pomalé protahování zvětší pružnost svalů.

### **3.4 Fyzioterapie u lidí s narušenou komunikační schopností**

U osob s narušenou komunikační schopností se ve fyzioterapii používá nácvik základních technik pohybových vzorců pro zlepšení svalového napětí těla, ovlivňuje se nádech a výdech, zvýšené svalové napětí krku, šíje, ramen a trupu, čelistního kloubu a artikulačních svalů. Nacvičuje se také správné držení těla. U lidí s dysartrií je narušená respirace. U lidí s balbuties je často zvýšené svalové napětí v orofaciální oblasti, oblasti krku a objevují se souhyby mimického svalstva. U balbuties vzniká zvláštní forma zvýšeného napětí, kdy se současně zapojí opačné svalové skupiny a to vede ke spasticitě a třesu. Cílem obecně je uvolnit svalové partie, které se podílejí na dýchání nebo fonaci.

Základem tvorby hlasu je správná dechová funkce, správný postoj a tonizace (napětí) těla. Součástí terapie mohou být i relaxační uvolňovací cvičení nebo naopak cvičení ke zvýšení svalového tonu. Cílem dechových cvičení je úprava dechové funkce – co nejpřirozenějším způsobem „prohloubit“ dech, zapojit „dolní“ dýchání s využitím brániční podpory a zlepšit

hospodaření s dechem. Při dechových cvičeních postupně vedeme k uvědomění dechového cyklu, kterým je nádech – dechová pauza – výdech – dechová pauza. Dech úzce souvisí s celkovým psychickým stavem, proto psychické napětí nepříznivě ovlivňuje tvorbu hlasu a artikulaci. Zejména u citlivějších a úzkostných lidí lze často pozorovat zvýšenou svalovou tenzi. Dech je mnohdy „zaškrcován“ a tedy není „čím“ mluvit. Z logopedické dechové terapie využijeme nácvik prodlouženého vdechu nosem, výdechu ústy. Před logopedickou terapií můžeme využít relaxační rehabilitační metody, které klienta zklidní a uvolní – perličkovou koupel se zábalem, částečné nebo celkové masáže. Z technik měkkých tkání používáme míčkování<sup>26</sup> orofaciální oblasti pro uvolnění mimických svalů.

Co se týče projevu úzkosti v pohybu těla, tak je v celém těle patrnější přítomnost napětí, nicméně často v pohybu nenacházíme výraznější typické patologické jevy (Čížková, 2005). Postoj je stažený, charakteristický např. pohyby - chůzí vzad a vpřed, kroucením prstů a dalšími nervózními gesty rukou, obecně tenzí v pohybu (Berger, 1989 in Čížková, 2005). Při práci s pohybem a tancem je u pacientů s úzkostí kladen důraz na prohlubování uvědomování si vnitřních pocitů a na schopnost člověka na tyto reagovat. Zkušenostní zážitek přítom mnohdy graduje, pocit uvnitř se zvětšuje, až dojde ke katarzi nebo uvolnění (tamtéž).

---

<sup>26</sup> Autorem míčkování je česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá

## 4 ÚZKOST

### 4.1 Charakteristika

Pojem "úzkost" bývá často používán se stejným významem jako pojem "strach". Odborná terminologie však strach, jehož předmětem je něco konkrétního, od úzkosti, která takový předmět nemá, důsledně odlišuje (Pařízková, 2005). Podle psychologického slovníku je úzkost neboli anxiety nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými a somatickými znaky jako strach, jde o tzv. strach z ničeho; jde o stav, který člověk špatně snáší, protože nelze použít obranné mechanismy typu „útok nebo útek“. Strach bývá považován za záležitost epizodickou, zatímco úzkost za chronickou (Hartl&Hartlová, 2000). Praško považuje jak strach, tak úzkost za přirozené emoce, pokud se objevují v přiměřené míře (Praško, 2006). Podle tohoto autora úzkost ulehčuje prožívání strachu, když se vyskytne konkrétní nebezpečí, zostřuje smysly a mobilizuje energii. Určitá úroveň úzkosti také zvyšuje výkon.

Úzkostnost je definována jako trvalejší povahový rys, jako povahová základna pro nadměrné časté pocity nejistoty a ohrožení, a tím i pro nadměrně časté úzkostné prožitky. Existují věku a vývoji přiměřené úzkosti, které prodělává každý člověk a jejichž zvládnutí je důležité pro jeho další vývoj. Tyto úzkosti jsou považovány za běžné. Pokud však úzkost překročí určitou míru, objevuje se často, trvá příliš dlouho nebo je neadekvátní situaci, která ji spustila, stává se zátěží a příčinou nemoci (Pařízková, 2005). Pokud bývá úzkost pravidelně neúměrná situacím a nedá se kontrolovat, může být užitečné zabývat se jejími příčinami.

Co se týče projevu úzkosti v pohybu těla, tak je v celém těle patrnější přítomnost napětí, nicméně často v pohybu nenacházíme výraznější typické patologické jevy (Čížková, 2005). Postoj je stažený, charakteristický např. pohyby - chůzí vzad a vpřed, kroucením prstů a dalšími nervózními gesty rukou, obecně tenzí v pohybu (Berger, 1989 in Čížková, 2005). Při práci s pohybem a tancem je u pacientů s úzkostí kladen důraz na prohlubování uvědomování si vnitřních pocitů a na schopnost člověka na tyto reagovat (tamtéž). Zkušenostní zážitek přítom mnohdy graduje, pocit uvnitř se zvětšuje, až dojde ke katarzi nebo uvolnění (tamtéž).

Při podrobnějším studiu se dostáváme k pohledu na úzkost jako emoci složené z řetězce událostí, kdy se vzájemně ovlivňují 3 systémy: motorický (výrazový, expresivní), fyziologický (změny nervového a hormonálního systému s návazností na systém imunitní), verbálně-kognitivní (zahrnující, pocity, představy, myšlenky aj.) (Lang, 1985, in Praško,

2005; Plhánková, 2007; Bouček et al., 2006). Úzkost se projevuje v celé bytosti – jak v těle (uvnitř i zvnějšku) tak v mysli.

## **4.2 Příčiny úzkosti a úzkostlivosti**

Druh prožívané úzkosti a její intenzita závisí ve velké míře na vrozených dispozicích dané osoby na a podmínkách prostředí. Úzkost a úzkostlivost jsou spojeny s kvalitou nervového systému, s jeho odolností a citlivostí (Pařízková, 2005). Ke vzniku úzkostné poruchy může dojít také následkem nadměrného akutního stresu nebo dlouhodobého stresu, který vede k poruše regulace serotoninového systému, které se při vzniku a průběhu úzkostných poruch uplatňuje. Hartl a Hartlová v Psychologickém slovníku popisují též úzkost bazální<sup>27</sup>, kterou má každý člověk a která je závislá na základních biologických předpokladech a pocitech lásky a bezpečí, které byly člověku poskytovány v dětství a v adolescenci. Předčasné odloučení od matky např. v nemocnici může vést k nedostatečnému pocitu bezpečí ve světě a posléze k rozvoji úzkostné poruchy (Praško, 2006).

## **4.3 Projevy úzkosti a úzkostlivosti**

Mezi obvyklé projevy úzkosti patří široká škála příznaků: duševní prožitky napětí a obav, pocity chvění, třes, závratě, bolesti na hrudi, obtíže s dechem, zrychlené dýchání, stísněnost v hrdle a sucho v ústech, bušení srdce, růst srdečního tepu a zvýšení krevního tlaku, rozšíření zorniček, pocity horka a chladu, pocení, bolesti břicha a žaludeční nevolnost, bolesti hlavy, narušení spánku, časté nucení na močení, růst svalového napětí, snížená psychická koncentrace, snížení pracovního výkonu a celková slabost. Úzkost je jedna z emocí, při nichž jsou nejvýrazněji pozorovatelné fyziologické a biochemické změny v organismu.

---

<sup>27</sup> Základní hladina úzkosti

## 5. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5.1 VYMEZENÍ PROBLÉMU

Předmětem zkoumání výzkumného šetření je zjistit přítomnost úzkosti a úzkostlivosti u respondentů s mentálním postižením a narušenou komunikační schopností a sledovat její vývoj po lekcích tanečně-pohybové terapie. Úzkost a úzkostlivost byla zjišťována diagnostickým psychologickým dotazníkem STAI-X1 a STAI-X2 (příloha B). V rámci tanečně-pohybové terapie jsem pracovala s technikami psychomotoriky, s prvky z Labanovy<sup>28</sup> analýzy pohybu, s technikami kreativního pohybu a tance dle Payneové<sup>29</sup> a pracovala především s úzkostí a úzkostlivostí respondentů. Taktéž jsem sledovala svalové napětí ve vybraných svalech podílejících se na tvorbě a produkci řeči před a po lekcích tanečně-pohybové terapie. Vybrala jsem svaly se sníženou svalovou silou (především břišní svaly), které se zároveň podílejí na tvorbě hlasu a mluvním projevu. Byly taktéž vybrány svaly se značným stupněm svalového zkrácení (oblast krku, šíje, ramen, trupu a orofaciální oblasti) ovlivňující taktéž fonaci. Tyto vybrané svaly byly ovlivňovány fyzioterapeutem a po šesti měsících tanečně-pohybové terapie byl pomocí funkčního svalového testu zhodnocen jejich stav.

Na hodnocení svalů jsem použila svalový funkční test prof. Jandy, který hodnotí oslabení a zkrácení svalu. V rámci fyzioterapie jsem pracovala s dechovými, protahujícími, tonizujícími<sup>30</sup> a relaxačními cvičeními. Důvodem výzkumného šetření bylo dokázat, že pravidelnou tanečně-pohybovou terapií je možné snížit aktuální úzkost a zlepšit svalové napětí respondentů. Cílem výzkumu je taktéž potvrdit, že dospělí lidé s narušenou komunikační schopností jsou velmi zajímavou cílovou skupinou a lze s nimi individuálně či skupinově pracovat. V šest měsíců trvajícím výzkumném šetření jsme zvolili individuální způsob práce.

---

<sup>28</sup> Rudolf Laban, výtvarný umělec, tanečník, zakladatel Labanovy analýzy pohybu

<sup>29</sup> Helen Payne, anglický psychoterapeut, pedagog, autor mnoha publikací z oblasti tanečně-pohybové terapie

<sup>30</sup> Cvičení zaměřené na zvyšování napětí oslabeného svalstva

## 5.2 PRACOVNÍ HYPOTÉZY

1. Tanečně-pohybová terapie snižuje aktuální úzkost u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností.
2. Tanečně-pohybová terapie neovlivňuje úzkostlivost jako rys osobnosti u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností.
3. Dle fyzioterapeutických zkušeností se domnívám, že u lidí s narušenou komunikační schopností bude patrné zvýšené svalové napětí ve svalech krku (mm. trapezii), naopak snížené svalové napětí v břišních svalech (m. rectus abdominis).
4. Tanečně-pohybová terapie zlepšuje tonus vybraných svalových skupin podílejících se na tvorbě a produkci řeči.

## 5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvoří sedm respondentů. Respondenti byli do výzkumného vzorku vybráni na základě logopedického vyšetření provedené školním logopedem, který u jednotlivých respondentů stanovil logopedickou diagnózu (graf 1). Vybraným osobám byl externím psychologem předložen dotazník STAI, forma X-1 (měří momentální úzkost) a X-2 (měří úzkostlivost jako osobnostní dispozici). Druhým vstupním kritériem byla podmínka užívání služby Dětského centra 1990 (dále DC 90) v Olomouci-Topolanech, kde byl výzkum prováděn. Z výzkumného souboru nebyl během testování a celého výzkumného šetření vyloučen žádný klient.

Výzkumu se zúčastnilo sedm uživatelů DC 90 s narušenou komunikační schopností. Dětské centrum 1990 poskytuje služby komplexní, tj. zdravotní, výchovnou a sociální péči handicapovaným osobám s mentálním nebo kombinovaným handicapem (psychickým i fyzickým). Služeb zařízení DC 90 využívá 80 osob s handicapem.

## Základní popis souboru N=7

N	Pohlaví	Věk	Logopedická diagnóza	V jakém věku	Příčina dle studenta	Přidružená diagnóza MKN-10	Délka studia/práce v DC
1	M	32	F 80.0	v průběhu MŠ	neznámá	F70:Lehká mentální retardace	10 roků
2	M	34	F 98.5	v průběhu MŠ	v dětství úmrtí babičky a dědečka	F70: Lehká mentální retardace	17 roků
3	M	25	F 98.5	ve 3 letech	neznámá	F70:Lehká mentální retardace	3 roky
4	M	18	F 98.5	ve 3 letech	vliv dědičnosti	F81.0:Dyslexie F81.1:Dysgrafie F70:Lehká mentální retardace	3 roky
5	Ž	22	F 98.5	v průběhu MŠ	protektivní výchova - jedináček	F70: Lehká mentální retardace	3 roky
6	M	20	F 80.0	v průběhu ZŠ	neznámá	F73: Lehká mentální retardace	3 roky
7	Ž	22	F 80.0	ve 3 letech	předčasný porod	F70: Lehká mentální retardace	3 roky

### 5.4 METODIKA

Časová osa výzkumu zahrnuje vstupní testování klientů, které bylo realizováno v průběhu měsíce března 2014 a výstupní testování klientů realizované po šesti měsících v průběhu měsíce září 2014. S klienty se pracovalo metodikou tanečně-pohybové terapie v časové dotaci 30-45 minut jednou týdně. Ve výzkumné části práce se opíráme o standardizované testy, které vycházejí z psychodiagnostiky (STAI-X1 a STAI-X2) a z fyzioterapie (svalový test prof. Jandy<sup>31</sup>), dle kterých byli respondenti výzkumného souboru testováni.

<sup>31</sup> Prof. MUDr. Vladimír Janda, autor publikace Svalové funkční testy (Grada, 2004)

### 5.4.1 Dotazník STAI-X1, STAI-X2

Standardizovaný dotazník STAI, použitý ve výzkumném souboru, slouží k měření aktuální úzkosti (forma X-1) a úzkostlivosti jako osobnostní dispozici (forma X-2). Každá forma dotazníku obsahuje 20 položek a je bez časového limitu. Dotazník STAI forma X-1 zjišťuje, jak se jedinec cítí v daném momentu, měří aktuální subjektivní stav, vědomé pocity napětí, tenze a strachu. Forma X-2 zjišťuje úzkostlivost jako dlouhodobý rys, tzn. jak se jedinec obvykle cítí (Müllner, Ruisel, Farkaš, 1980). Dotazník byl externím psychologem uzpůsoben mentálním schopnostem respondentů. Průměrný čas na vyplnění byl 45 minut. Psycholog vyhodnotil dotazník podle šablony a s normami uvedenými v manuálu tohoto dotazníku (Müllner a kol. 1980). Respondenti vyplňovali formu X-1 a X-2 před zahájením tanečně-pohybové terapie a znovu po šesti měsících tanečně-pohybové terapie, kdy měli zhodnotit, jak se před výzkumným šetřením a po něm cítili. Dotazník STAI nezohledňuje konkrétní situaci nebo osobnost respondenta, ale poskytuje základní náhled na to, jak je na tom s hrubou mírou úzkosti a úzkostlivosti v porovnání s ostatními lidmi.

### 5.4.2 Svalový test prof. Jandy

Ve výzkumu byl jsem použila standardizovaný funkční svalový test dr. Jandy, který hodnotí oslabení svalu<sup>32</sup> stupni 0-5 dle zjištěné svalové síly (0-1 st = žádný nebo minimální svalový stah, 2 st = 25% stah svalu, 3 st = 50% stah svalu, 4 st = 75% stah svalu, 5 st = 100% stah svalu). Při hodnocení svalového zkrácení se hodnotí maximální rozsah pohybu příslušného svalu a při tomto vyhodnocování používáme bodové hodnocení: 0 – žádné uvolnění svalu, 1 – částečné uvolnění svalu, 2 – úplné uvolnění svalu.

## 5.5 VÝSLEDKY EMPIRICKÉ ANALÝZY

Vyhodnocení standardizovaných testů:

1) *STAI-X1 a STAI-X2*: Dle výsledků psychodiagnostického dotazníků STAI-X1 (graf 2) bylo zaznamenáno snížení aktuální úzkosti u 4 ze sedmičlenného souboru respondentů. Dle výsledku dotazníků STAI-X2 (graf 3) bylo zjištěno snížení úzkostlivosti u 6 respondentů (TABULKA 1,2,3,4).

---

<sup>32</sup> Tzn. jeho sníženou svalovou sílu



2) *Funkční svalový test*: Výsledky výzkumného šetření prokázaly zlepšení svalové síly břišních svalů u 3 respondentů a částečné uvolnění trapézových svalů u 5 respondentů. U 2 respondentů bylo zaznamenáno částečné uvolnění prsních svalů (TABULKA 7,8).

#### Vyhodnocení úzkosti a svalového napětí u jednotlivých respondentů výzkumného souboru:

*N1* – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost snížena (z 28 na 27 bodů). Úzkostlivost byla taktéž snížena (z 31 na 26 bodů).

Respondent N1 vykazuje stejnou svalovou sílu břišních svalů stupně 3 před i po lekcích tanečně-pohybové terapie. Před zahájením výzkumného šetření nebylo zaznamenáno svalové zkrácení trapézů, proto se tyto svaly u respondenta N1 nesledují.

*N2* – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost zvýšená (z 35 na 37 bodů). Úzkostlivost byla taktéž snížena (ze 44 na 42 bodů).

Respondent N2 vykazuje zlepšení svalové síly břišních svalů původně ze stupně 3 na stupeň 4. Po výzkumném šetření zaznamenáváme částečné uvolnění trapézů.

*N3* – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost snížena (z 30 na 22 bodů). Úzkostlivost byla zvýšená (ze 43 na 49 bodů).

Respondent N3 vykazuje přiměřenou sílu břišních svalů stupně 4 před i po výzkumném šetření. Po výzkumném šetření zaznamenáváme zlepšení svalového napětí v oblasti trapézů – jsou částečně uvolněné.

*N4* – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost snížena (z 39 na 31 bodů). Úzkostlivost byla taktéž snížena (ze 47 na 39 bodů).

Respondent N4 vykazuje zlepšení svalové síly břišních svalů původně ze stupně 3 na stupeň 4. Po výzkumném šetření zaznamenáváme zlepšení svalového zkrácení v oblasti trapézů.

*N5* – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost zvýšená (z 32 na 33 bodů). Úzkostlivost byla taktéž snížena (z 36 na 34 bodů).

Respondent N5 vykazuje sílu břišních svalů stupně 3 před i po výzkumném šetření. Po výzkumném šetření zaznamenáváme zlepšení svalového napětí v oblasti trapézů – jsou částečně uvolněné.

N6 – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost snížena (z 30 na 27 bodů). Úzkostlivost byla taktéž snížena (ze 42 na 40 bodů).

Respondent N6 vykazuje zlepšení svalové síly břišních svalů původně ze stupně 3 na stupeň 4. Po výzkumném šetření zaznamenáváme zlepšení svalového zkrácení v oblasti trapézů.

N7 – na konci výzkumného šetření aktuální úzkost zvýšená (ze 49 na 51 bodů). Úzkostlivost byla taktéž snížena (z 62 na 59 bodů).

Respondent N7 vykazuje sílu břišních svalů stupně 3 před i po výzkumném šetření. Po výzkumném šetření zaznamenáváme zlepšení svalového napětí v oblasti trapézů – jsou částečně uvolněné.

## **5.6 VERIFIKACE HYPOTÉZ**

Hypotézy č. 1 a 2 byly ověřeny externím psychologem, který odebíral data, zpracovával a vyhodnocoval testy STAI - X1 a STAI - X2. Hypotézy č. 3 a 4 jsem ověřila já jakožto fyzioterapeut.

### *Hypotéza č. 1*

Výsledky výzkumu ověřené psychologem potvrzují, že tanečně-pohybová terapie snižuje aktuální úzkost u respondentů (tabulka 5,6). Aktuální úzkost byla snížena u čtyř respondentů ze sedmičlenného výzkumného souboru. Hypotéza č. 1 byla ověřena.

### *Hypotéza č. 2*

Spolupracující psycholog nepotvrdil hypotézu č. 2. Testy zaměřené na zjištění úzkosti a úzkostlivosti STAI - X1 a STAI – X2, které použil, odhalily snížení úzkostlivosti jakožto rysu osobnosti, přestože hypotéza předpokládala, že úzkostlivost nebude ovlivněna. Testy tak prokázaly nejen snížení aktuální úzkosti (viz hypotéza č. 1), ale i úzkostlivosti (TABULKA 5, 6). Úzkostlivost byla snížena u 6 respondentů ze sedmičlenného výzkumného souboru.

### *Hypotéza č.3.*

Výsledky výzkumného šetření potvrzují, že u respondentů s narušenou komunikační schopností je často zvýšené svalové napětí především v oblasti trapézů (zaznamenáno u 5 respondentů ze sedmičlenného výzkumného souboru). U 2 respondentů bylo zjištěno i

zvýšené svalové napětí prsních svalů, u 3 respondentů bylo zaznamenáno zvýšené napětí v oblasti hamstringů<sup>33</sup> (TABULKA 7,8). Výzkumné šetření také prokázalo, že v některých svalech podílejících se na mluvním projevu, především břišních svalech, je snižené svalové napětí. Shrnu-li výše uvedené výsledky, prostřednictvím funkčního svalového testu byla potvrzena hypotéza č. 3.

#### *Hypotéza č. 4*

Po lekcích tanečně-pohybové terapie v rámci výzkumného šetření bylo prokázáno snížení svalového napětí trapézů (u 5 respondentů) a zvýšení svalové síly břišních svalů (u 3 respondentů). Po lekcích tanečně-pohybové terapie. Obě tyto skupiny se podílejí na fonaci. Stejně tak bylo ovlivněno i zkrácení prsních svalů zaznamenané u 2 respondentů na začátku výzkumného šetření. U 3 respondentů bylo zaznamenáno zvýšené napětí hamstringů, což jsou svaly, které se na fonaci nepodílí, proto jsem se na ně v rámci výzkumného šetření nezaměřovala. U respondentů výzkumného šetření byla výše uvedenými výsledky potvrzena hypotéza č. 4.

## **5.7 DISKUZE**

Výsledky výzkumného šetření ukazují zlepšení psychického stavu (snížení úzkosti) a fyzického stavu respondentů (uvolnění zkrácených svalů a posílení oslabených svalů). Nutno podotknout, že výzkumný vzorek byl příliš malý na to, aby se výsledky daly zobecnit. Jedná se však o výzkumný experiment, který by si zasloužil být ověřen větším výzkumem. Výzkumné šetření potvrdilo snížení aktuální úzkosti u většiny respondentů. Při hodnocení dotazníků STAI-X1 bylo však u dvou respondentů N5 a N7 zaznamenáno mírné zvýšení aktuální úzkosti. U respondenta N5 důvodem mohly být zdravotní potíže. Před tanečně-pohybovou lekcí se sběrem dat pro dotazník STAI - X1 si stěžoval na mírnou bolest hlavy. U respondenta N7, u kterého také došlo k mírnému nárůstu aktuální úzkosti, došlo v průběhu dne ke konfliktu se spolužákem. Je možné, že si toto rozpoložení přenesl i do lekce tanečně-pohybové terapie, v níž se odebírala vstupní data pro dotazník STAI-X1. Mým cílem nebylo dokázat stoprocentní úspěšnost ve snížení aktuální úzkosti vlivem tanečně-pohybové terapie. Chtěla jsem poukázat na skutečnost, že tanečně-pohybová terapie může snižovat aktuální úzkost a tento předpoklad se naplnil.

---

<sup>33</sup> Svaly nacházející se na zadní straně stehna

U vyhodnocení dat dotazníku STAI-X2 byl zaznamenán překvapivě pokles úzkostlivosti u 6 respondentů. U 1 respondenta N3 byl zaznamenán mírný nárůst úzkostlivosti jako rysu osobnosti, konkrétně u respondenta N3. Původní hypotéza však předpokládala, že úzkostlivost jako rys osobnosti nebude tanečně-pohybovou terapií ovlivněn, neboť je obtížné po dobu šesti měsíců změnit osobnostní charakteristiku. Tato osobnostní charakteristika byla přesto u většiny respondentů ovlivněna. Tato skutečnost pro mě byla zajímavým zjištěním.

Kladu si otázku, proč tedy nebyla úzkostlivost ovlivněna u klienta N3? Aby terapie s lidmi s handicapem byla efektivní, je vhodné pracovat formou tanečně-pohybové terapie (v kombinaci s jinými terapiemi) pravidelně a dlouhodobě. Je možné, že respondent N3 potřeboval více času, aby jeho úzkostlivost byla redukována. Také míra jeho úzkostlivosti mohla být za roky, kdy se respondent N3 potýkal s vadou řeči, vysoká až chronická, že může být obtížné ji nějakým vhodným způsobem ovlivnit.

Respondenti uváděli mírně zvýšenou aktuální úzkost na prvních hodinách tanečně-pohybové terapie. Strach z neznámého, obava mluvit mohou provázet jejich první pocity. Protože mě respondenti znali jako fyzioterapeuta, nebyla jejich aktuální úzkost vysoká. Při terapii byla patrná důvěra v terapeuta, což se promítlo i do zjištěných výsledků.

U respondentů bylo společným jmenovatelem oslabení břišních svalů a zkrácení trapézových svalů, event. prsních svalů. Po lekcích tanečně-pohybové terapie byly u 3 respondentů břišní svaly posíleny a trapézové svaly u 5 respondentů uvolněny. Trapézové svaly a prsní svaly vykazovaly po terapii menší subjektivní bolestivost, menší bolestivost hlavy a ramen. Trapézové svaly jsou indikátorem stresu a úzkosti. Uvolněním trapézů lze proto usuzovat i na větší psychické uvolnění a snížení míry aktuální úzkosti. U respondentů nejsou pozorovatelná „gotická“ ramena<sup>34</sup> a zavřený hrudník<sup>35</sup>. U všech respondentů je zaznamenáno dýchání povrchní. U některých respondentů bylo aktivováno břišní dýchání, což je špatně prokazatelné pro účely výzkumného šetření. Po výzkumném šetření se dech může opřít o posílené břišní svaly a respondenti do dýchání méně zapojují nepotřebné svaly jako např. zdvihač lopatky. Respondenti také získávají poznatky, jak oni sami mohou ovlivňovat svůj dech. Výše uvedené výsledky výzkumu zlepšují posturu (držení) těla, která již není u dvou respondentů velmi ochablá, stává se svalově zpevněnější a nazýváme ji jen již jako „ochablou“. U třech respondentů se skoliotickým držením těla nadále skoliotická postura přetrvává, neboť se jedná o stav páteře, který svalová rovnováha může pouze ovlivnit nikoliv odstranit.

---

<sup>34</sup> Tzn. zvednutá ramena vlivem zkrácení trapézů

<sup>35</sup> Tzn. menší plocha hrudníku vlivem zkrácení prsních svalů

U některých respondentů s logopedickou diagnózou balbuties jsou viditelné dechové spazmy, které vznikají přílišným napětím svalů hrtanu. Po lekcích tanečně-pohybové terapie jsou u jednoho respondenta méně viditelné. Specifickými relaxačními technikami snížíme svalovou tenzi a zmenšíme emotivní vzrušení při řeči. Návikem a aplikací pravidelné relaxace pravděpodobně došlo k ovlivnění svalstva hrtanu. U lidí s narušenou komunikační schopností je narušeno též koverbální chování – časté je mrkání, přešlapování nebo nepřirozené pohyby hlavou či nepřirozená mimika, což vzniká velkým úsilím “nezakoktat se“. Respondent N2 byl po lekcích TPT v psychické pohodě natolik, že při mluvení méně přešlapoval.

## **5.8 KRITÉRIA PRO PRÁCI S LIDMI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ**

Základním předpokladem terapeuta, který pracuje s mladými lidmi s narušenou komunikační schopností, je:

- empatie
- podpora
- plná pozornost
- naslouchání klientům a velká všímavost neverbálních projevů jeho klientů. Právě neverbální prací terapeut vytvoří důvěrnou atmosféru a podnítl klienty k terapii. Je vhodné pracovat s každým klientem individuálně a mít tak možnost se na klienta lépe naladit a více tak ovlivnit např. snížení svalového napětí před komunikací.
- neupozorňování na vadu
- klidný průběh terapie, žádný nátlak
- pohodová atmosféra - jestliže se nám podaří nastolit atmosféru, v níž s námi klienti ochotně komunikují, měli bychom rozpoznat jejich problémy a potřeby, které již přesahují naši kompetenci
- ochota s klienty o jejich problémech hovořit. Tímto způsobem jim pomáháme porozumět jejich emocím, propracovávat se k pochopení, jak způsob myšlení ovlivňuje jejich názory a nazírání na to, co dělají
- schopnost stanovit základní podmínky průběhu terapeutického procesu v jeho počátku. Při budování vzájemného vztahu je vhodnější postupovat od vstřícnějšího postoje k výchovně direktivnějšímu

- terapeutovo přijetí klienta a jeho chápající postoj může klientovi usnadnit přijetí nabízených terapeutických postupů. - porozumět jedinečnosti pocitů a představ klienta
- v terapii pro dospělé se pokoušíme porozumět tomu, jak klient sám chápe a prožívá svůj řečový problém, v čem spatřuje jeho příčinu, co již v té záležitosti podnikl
- ke klientům přistupujeme jako k jedinečným bytostem, kterým chceme porozumět, které chceme pochopit, to vše s nezbytnou dávkou empatie, podpory, rad a povzbuzení a také s individuálními požadavky na terapeutický proces. Čím realističtěji vnímáme sami sebe, tím lépe jsme schopni pozitivně a konstruktivně reagovat na problémy našich klientů.

### **5.9 RADY PRO DOSPĚLÉ LIDI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ**

- dívejte se do očí těm, s nimiž hovoříte. Dokazuje to, že zvládáte situaci a umožňuje druhým, aby vás brali jako rovnocenného partnera v rozhovoru.
- panika, napětí a nepřiměřené úsilí jsou stopy koktavosti, jsou tím, nad čím musíte zvítězit. Je třeba pochopit, že to, co musíte zvládnout, není koktavost, ale napětí a úzkost, které si sami vyvoláváte.
- mějte úctu sami k sobě, respektujte se
- uvědomte si, že nebudete méně milovat druhé, když se nejprve naučíte mít rád sám sebe. Naučte se správně jednat sám se sebou.
- myslete pozitivně

## **PRAKTICKÁ CVIČENÍ POUŽITÁ U KLIENTŮ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ**

### **Všeobecné zásady ke cvičení pro dospělé lidi s diagnózou balbuties**

Člověk s balbuties by se měl o sebe více starat, dbát na pravidelnost cvičení, pravidelnou relaxaci a nepřetěžování se. Je důležité vědět, že řeč lidí s balbuties se zpravidla na jaře a na podzim zhoršuje. Proto je vhodné v těchto obdobích více pracovat s dechem a s celkovým uvolněním člověka. Před každým cvičením je důležité se alespoň deset protáhnout. Lépe klientovi neverbálně ukazovat, které partie je vhodné si protáhnout než do cvičení verbálně zasahovat. Na závěr tanečně-terapeutické lekce doporučuji relaxaci při hudbě, ideálně při zavřených očích, která vede k uvolnění celého těla. Na úplný závěr je pak vhodné si se zavřenýma očima spojit dlaně před obličejem a co nejrychleji třít dlaně o sebe. Jakmile jsou dlaně horké, položíme si je na obličej a nabereme si všechno teplo z dlaní postupně z obličeje do celého těla – teplo prochází rameny až do břicha. Jakmile se teploty vyrovnají, necháme zavřené oči a cvičení zopakujeme podruhé – teplota se posune z břicha až do dolních končetin. Po vyrovnání teploty celé cvičení se zavřenýma očima zopakujeme potřetí. Teplo se posune z ramen až do chodidel. Jakmile se teploty vyrovnají, sundáme dlaně z obličeje, vzpažíme, protáhneme se a otevřeme oči (Blahutková, 2007, str. 86).

Při cvičení, ve kterých používáme improvizaci na hudbu (např. ve cvičení dle ročních období), je vhodné, aby se terapeut také zapojil a svým nadšením inspiroval klienta. Hudbu vybíráme tak, aby evokovala téma (např. chceme-li improvizaci na déšť, o dešti by se mělo zpívat nebo by v písni měl být déšť slyšet). Samotné provedení improvizace v pohybu necháme na klientovi. Pokud vidíme, že klient vyčerpal již svůj pohybový repertoár na dané téma, téma změníme.

Dle mého názoru jsou vhodná cvičení kombinující fyzioterapii, logopedii a tanečně-pohybovou terapii. Ukázku cvičební jednotky zahrnující cvičení ze všech třech výše uvedených oborů vám níže představím. Tato cvičení by měla být zaměřená na prohloubení dechu, posilování hlubokého stabilizačního systému (především břišních svalů), pohyb vycházející z centra těla při relaxovaném m. iliopsoas (Bartenieff fundamentals).

Využíváme i Labanovu analýzu pohybu a charakterizujeme, jaký typ pohybu lidem s balbuties nejde. Často se jedná o potíže předvést těžký pohyb – mohou být potíže s uzemněním, se sebevědomím.

Následující cvičení jsem rozdělila na dvě kategorie:

1. cvičení každodenní (5K)
2. cvičení dle ročních období

## 7.2. Cvičení každodenní 5K (Tulcová)

Inspiraci pro následující každodenní cvičení jsem čerpala z absolvované logopedické terapie, z praxe oboru fyzioterapie a výuky tanečně-pohybové terapie. Zaměřovala jsem se na stěžejní oblasti, které mají co do činění s řečí. Cvičení jsem aplikovala sama na sobě i na respondentech výzkumného šetření. Aby cvičení bylo lépe zapamatovatelné, uchopila jsem je do podoby knihy (na břicho, otevřené, zavřené) a stolku, odtud název 5K (pět cviků s motivem knihy).

### 1. Kniha na břicho (prvky cvičení z logopedie)

*Cíl:* aktivace bránice a hlubokého břišního dýchání, relaxace

*Prostředky:* vlastní tělo, žíněnka, kniha

*Postup:* Zaujmeme výchozí polohu s knihou položenou na břicho (obr. 1). Dýcháme hluboce a do břicha tak, aby se kniha při nádechu zvedala (obr. 2), při výdechu klesala. Dbáme na to, aby bedra a ramena zůstala po celou dobu na podložce. Takto se prodýcháme alespoň 2 minuty denně. Cílem je, aby se měl dech o co opřít a lépe se nám mluvilo.

*Kontraindikace:* lidé po čerstvé operaci dutiny břišní nebo po operaci zad



*Při nádechu*



*Při výdechu*



## 2. Stolek ze svého těla (prvky cvičení z fyzioterapie)

*Cíl:* aktivizace břišních svalů a hlubokého stabilizačního systému

*Prostředky:* vlastní tělo, žíněnka

*Postup:* Zůstaneme ležet na zádech a zaměříme se na aktivaci hlubokého stabilizačního systému (obr. 3). Mírně podsadíme pánev a opět nehýbeme ani rameny ani bedry. Nadechneme se a při výdechu zvedneme jednu nohu ohnutou v koleni a v tomto nastavení vydržíme (obr. 4). Přidáme druhou nohu. Snažíme se udržet do pocitu zvladatelného napětí (u každého individuální doba trvání, v průměru 10-60 s). Soustředíme se na dýchání, což nám lépe pomůže udržet nohy v požadované pozici (obr. 5). Zlepšením napětí břišních svalů může mít za následek nezapojování trapézů tam, kde je nepotřebujeme (jestliže máme slabé břišní svaly, často zapojujeme zádové svalstvo nebo trapézy a v těchto svalech pak vzniká nežádoucí zvýšené svalové napětí).

*Kontraindikace:* lidé po čerstvé operaci dutiny břišní nebo po operaci zad, lidé s kýlou



## 3. Listování knihou vertikální (prvky cvičení z tanečně-pohybové terapie – Bartenieff fundamentals)

*Cíl:* zapojení svalových řetězců těla, aktivace hlubokého stabilizačního systému, nácvik relaxace, uvědomování si svého těla a toho jak se cítíme při opakujícím se pohybu

*Prostředky:* vlastní tělo, žíněnka

*Postup:* Ve výchozí pozici zůstaneme opření o paty (obr. 6). Snažíme se od pat uvést do pohybu (rozhoupat celé tělo). Toto základní cvičení z Bartenieff fundamentals je obtížné a vyžaduje delší časový úsek, než do něj pronikneme. Je důležité zůstat relaxovaní, můžeme

zavřít oči a do cviku se tak lépe ponořit. Nejedná se o odraz, ale o vznik drobného pohybu pat, který se šíří celým tělem jako chvění. Název vznikl asociací ke chvění, kterou může být rychlé listování knihou (stránky knihy rychle pustíme za sebou).

*Kontraindikace:* lidé s velkými bolestmi v bedrech (lidem s menší bolestí pomáhá vypodložení této oblasti např. ručníkem, kontraindikací jsou lidé neschopní spolupráce nebo lidé s mentálním handicapem, kteří mohou mít problém s pochopením i realizací cvičení



#### *4. Otevřená kniha ze svého těla (prvky z tanečně-pohybové terapie - Bartenieff fundamentals)*

*Cíl:* aktivace hlubokého stabilizačního systému (při relaxovaném m. iliopsoas), uvědomování si svého těla při opakujícím se pohybu, nácvik relaxace

*Prostředky:* vlastní tělo, žíněnka

*Postup:* Zůstaneme ve výchozí pozici. Ruce otevřeme do stran jako svícen (obr. 7). Nadechneme se a s výdechem se „zavřeme“ na jednu stranu, tzn. ruce držíme stále ve svícnu. Převalíme se na bok a lokty dáme k sobě - kniha se tak zavře (obr. 8). Po celou dobu provedení cviku se snažíme být maximálně relaxovaní. Cvik provádíme nikoliv silou, ale naopak relaxovaně.

*Kontraindikace:* lidé s velkými bolestmi v bedrech, lidé neschopní spolupráce nebo lidé s mentálním handicapem



*Výchozí poloha*



*Konečná poloha*

### *5. Zavřená kniha ze svého těla (protahovací cvičení zaměřené na uvolnění trapézů)*

*Cíl:* uvolnění trapézů a svalů zad

*Prostředky:* vlastní tělo, žíněnka

*Postup:* Závěrečné protahovací cvičení provedeme v sedu na patách (obr. 8). Máme opřené čelo o podložku a zhluboka dýcháme. Toto cvičení je obzvláště důležité pro uvolnění trapézů. Protahujeme se tak dlouho, jak je nám příjemné.

*Kontraindikace:* lidé, kteří pro fyzická omezení nedokáží udělat sed na patách (variantou je předklon)



### **7.3 Cvičení dle ročních období (Tulcová; Blahutková)**

*Cíl:* stimulace klientů ke kreativě a spontánnosti, rozpracování těžkého pohybu, stimulace dechu

*Prostředky:* vlastní tělo, žíněnka, noviny, kelímky od jogurtů, míček, tkaničky

*Kontraindikace:* lidé neschopní spolupráce, lidé s psychózou

Cvičení dle ročních období jsou zajímavou náplní lekcí tanečně-pohybové terapie. Cvičení VZDUCH jsem zařadila do období jara, je však vhodné jej cvičit i na podzim, neboť právě v těchto obdobích potřebují lidé s balbuties více vzduchu. Prostřednictvím tohoto cvičení se člověk prodýchá, reguluje tím svoji psychickou tenzi a stává se kreativnějším. I ostatní cvičení VODA, ZEMĚ, OHEŇ stimulují klienta ke kreativitě. Cvičení ZEMĚ vede také k uzemnění. Niž uvedená cvičení jsou vhodná pro lidi s diagnózou balbuties pro pokročilejší setkání (ideálně alespoň po půl roce trvající terapie) právě z důvodu zvýšených nároků na kreativitu, kterých by se mohli noví klienti zaleknout a na další tanečně-terapeutickou lekci např. již nepřijít.

## 7.2 Cvičení na motivy 4 živlů pro dospělé lidi s diagnózou balbuties

a) vzduch – **JARO**

b) voda - **LÉTO**

c) země - **PODZIM**

d) oheň - **ZIMA**

### 1. JARO

*Hudba:* Cirque de soleil – Alegria

*Postup:* Protože cvičíme na jaře, kdy je dominujícím živlem vzduch, zaměřujeme se na dýchání. Nejprve se věnujeme dechovým cvičením, např.:

- v tureckém sedu nebo kleku se zavřenýma očima si terapeut a klient stisknou palcem jednu nosní díрку, nadechnou druhou nosní dírkou, stisknou tuto druhou nosní díрку a tou první opět vydechnou. Následně vymění strany (čerpáno z kurzu jógy). Cvik vhodný pro nácvik správného jógového dechu a aktivizaci bránice.
- nácvik dýchání do zobcové flétny. Cvičení vhodné pro nácvik správného dýchání a správnou aktivaci bránice.

Vychází se z jednoduchých a jemných pohybů rukou, ke kterému se postupně přidávají pohyby nohou, otáčky kolem své osy, gesta znázorňující vítr. Přidáváme zvuk větru, vlastní dech o různé intenzitě. Znázorňujeme **mírný větrík, silný vítr, bouřka, hurikán**. Obzvláště u bouřky a hurikánu pracujeme s těžkým pohybem.

*Téma je možné rozvinout a využít kombinace s psychomotorikou:*

- *Strom a vítr*

Hráči provedou mírný stoj rozkročný a vnímají pocit dotyku chodidel se zemí (kořeny stromu). Vítr (hudební doprovod) kymácí se stromy do všech stran, lze i kroužit. Zdůrazňujeme pevnost kmenů stromů, pozor na uvolněné boky při kymácení stromů stranou ( Blahutková, s. 55, 2007)

## 2. LÉTO

*Hudba:* B. Smetana - Vltava

*Postup:* Při hudbě vycházíme z jednoduchých pohybů rukou, které mohou představovat kapky vody či vlnky. Postupně přidáváme pohyby nohou a gesta znázorňující vodu. Do pohybů zapojíme celé tělo a můžeme se pohybovat ve všech rovinách. Představujeme **drobné kapky vody, klidnou vodu postupně se měnící v divokou, silný déšť, vodopád**. U posledních dvou charakteristik využijeme těžký pohyb. Možno využít asociace silného deště bijícího o zem nebo vodopádu, který se veškerou svoji silou valí ze skály.

*Téma vody rozvíjíme variací z psychomotoriky:*

- *Přeji řeku*

Do prostoru rozmístíme novinové dvojlisty na vzdálenost jednoho kroku. Hráči přecházejí řeku po kamenech (novinách) tak, aby se nikdo nenamočil. Tutéž hru můžeme ztížit břehy, které vytvoříme z laviček. Hráči hru začínají sestoupením z břehů (z laviček) a na konci cesty musí na břehy opět vylézt. Další obměnou přecházení řeky je přechod s balancováním: dva kelímky od jogurtu na sobě, míček na obráceném kelímku (Blahutková, s. 39, 2007)

## 3. PODZIM

*Hudba:* Michael Jackson - Earth song

*Postup:* Živlem, kterého využíváme ve cvičení, je země. Představujeme jednoduchými pohyby rukou a nohou **hlínu, její nabírání, rostliny a stromy z ní rostoucí**. V průběhu lekce se také můžeme kontaktovat s podlahou a vnořit se do ní tak, jako bychom byli její součástí. Můžeme také předvést tanec na podlaze jako s tanečním partnerem (z výuky kontaktní improvizace na Akademii Alternativa, Bartecká, 2015)

Znázorňujeme práce související se zemí – setí, sklizení. Kousky hlíny mohou přerůst postupně až v zemětřesení, (návik těžkého pohybu).

*Téma je možné zkombinovat s psychomotorikou:*

- *Cesta ze tkaniček*

Vezmeme si tkaničku a zkusíme na podlaze udělat cestu z jednoho konce místnosti do druhého (záleží na množství tkaniček). Při tomto úkolu pracujeme na zemi využíváme tak kontaktu s podlahou. Pokud pracujeme jen s jedním klientem, je vhodné, aby se zapojil i terapeut. Toto cvičení je vhodnější pro skupinu. Tkaničky pokládáme nejen jako přímky, ale i jako zatačky, spirály apod. Cestu si poté zkusíme projít a jejími prvky se necháme inspirovat k tanci. Tvar vytvořené cesty může skupina zkusit i znázornit svými těly. Jednotliví členové si lehají na podlahu, na sebe a tvarem se snaží co nejvíce přiblížit tvaru cesty.

#### 4. ZIMA

*Hudba:* Enya - Trains and winter rains

*Postup:* Při hudbě jednoduše pohybově znázorňujeme oheň a jeho charakteristiky – světlo, teplo. Pohybově můžeme ztvárnit **plamínek svíčky, oheň v krbu, požár až ohňostroj**. Představou např. výbuchu nacvičujeme a prohlubujeme těžký pohyb.

*Variace z psychomotoriky:*

- *Žongléři*

Protože při kejklířských show se pracuje s ohněm, přenesla jsem tento prvek do podoby žonglování. Každý hráč si vezme několik kelímků, položí si je na určitou část těla, např. na předloktí, a balancuje s nimi při chůzi. Jakmile toto cvičení zvládne, provádí obtížnější pohyby, např. chůzi vzad stranou, ve výponu, v podřepu, obraty, rovnovážné postoje. Po zvládnutí tohoto cvičení si každý může totéž vyzkoušet s kelímkem, např. na lokti, na rameni nebo na hlavě. Později postavíme druhý kelímek na dnem vzhůru otočený kelímek a opět všechna cvičení opakujeme. Totéž cvičení můžeme provádět s několika kelímků současně (Balhutková, s. 35, 2007)

## ZÁVĚR

„Ať děláte cokoli, dělejte to pokorně. Nedělejte to jako deklaraci jistoty, ale jako experiment. Používejte svou činnost, ať už je to cokoli, k vlastnímu učení“.

Denis Meadows

Předkládaná práce odpovídá na otázku, zda je možné tanečně-pohybovou terapií snížit aktuální úzkost. V průběhu výzkumného šetření docházíme ke zjištění, že tanečně-pohybová terapie ovlivňuje nejen úzkost, ale i úzkostlivost jako rys osobnosti. Zjišťujeme, že tanečně-pohybová terapie vede u lidí s narušenou komunikační schopností ke snížení svalového napětí extrémně namáhaných skupin svalů (trapézů, prsních svalů) a zvýšení napětí oslabených svalů (např. břišních), které se podílejí na fonaci. Z hlediska naplnění většiny hypotéz můžeme tedy říci, že výzkumné šetření svůj záměr splnilo. Přináší v našich podmínkách nová a aktuální zjištění, která by si však zasloužila další prozkoumání.

Práce ukazuje, že s dospělými lidmi s narušenou komunikační schopností, kterým je kladen v naší společnosti malý důraz, lze efektivně, zajímavě a důstojně pracovat. Díky výzkumnému šetření jsem odhalila ještě jeden přínos předkládané práce. Při tanečně-pohybové terapii s respondenty jsem se stala poprvé za svůj život „otevřenou“ ke své narušené komunikační schopnosti. Otevřeně jsem o ní mluvila a to bez obav, že se mi někdo vysměje. Byla tak překvapivě naplněna i úplně jiná hypotéza, kterou jsem si jako testovanou hypotézu nestanovila a tím bylo nalezení otevřeného přístupu k mé řeči. Budu se i nadále velmi snažit, aby i klienti Dětského centra, s nimiž pracuji, stejně tak přijali svoji narušenou komunikační schopnost a sami sebe takové, jací jsou.

Snahou práce je také dokázat význam pravidelné tanečně-pohybové terapie, která by měla být dílkem v mozaice péče o klienta. Dalšími dílky mozaiky by měla být spolupráce s dalšími odborníky – např. s psychologem, logopedem, fyzioterapeutem. Narušená komunikační schopnost s sebou totiž nese negativní vliv i na svalstvo těla a psychiku. Tanečně-pohybový terapeut by měl spolupracovat s odborníky z jednotlivých oborů a své klienty pokorně předávat i dalším odborníkům, jestliže se u nich projeví problém, který přesahuje kompetence tanečně-pohybové terapie. Všechny tyto terapie by spolu měly úzce spolupracovat tak, aby výsledkem byl maximální pozitivní přínos pro klienta. Z mé osobní zkušenosti mohu potvrdit, že studium tanečně-pohybové terapie velmi ovlivnilo i moje vzdělání fyzioterapeuta. Nedívám se na člověka jako na „tělo“ (jak se na fyzioterapii učí), ale právě skrze jeho pohyb,

výraz, mluvu poodhalují kousek z jeho vnitřního světa, z jeho emocí a psychiky. Klientovi nabízím obohacení jeho pohybového repertoáru a je na jen na něm, zda toto obohacení přijme nejen do svých pohybů, ale i do svého života (tzv. přesah terapie). Na druhou stranu fyzioterapie pozitivně ovlivňuje i moje vzdělávání na tanečně-pohybového terapeuta. Při tanečně-pohybové terapii si uvědomuji potřebu klienta např. vypočítat smotanými ručníky, dát impuls staženým svalům, nastavit si člověka v základních pozicích tak, aby při cvičení zapojoval žádané svaly. Základem moderního přístupu k člověku s handicapem je jeho plnohodnotný život se zachováním všech jeho základních práv a kvality života (Thorová, 2006). Mým osobním přáním je touto prací přispět ke zkvalitnění životů lidí s narušenou komunikační schopností.

Tak velké téma jakým je problematika narušené komunikační schopnosti by si zasloužilo větší výzkumné šetření než námi realizované. Další výzkumná šetření by se mohla zabývat otázkami typu: do jaké míry ovlivňuje úzkost jedince lekci tanečně-pohybové terapie? Co vše mohu jako lektor použít, abych zmírnila úzkost klienta? Kdy by měl terapeut využít spolupráce např. psychiatra u klienta s úzkostí? Kdy naopak fyzioterapeuta či logopeda u člověka s narušenou komunikační schopností? Působí tanečně-pohybová terapie stejně efektivně i u klientů, užívajících léky na snižování úzkosti? Jak více propojit tanečně-pohybovou terapii s fyzioterapií a vytvořit tanečně-terapeutickou fyzioterapii tolik potřebnou u lidí s handicapem či psychickými problémy? Existuje v ČR vůbec centrum pro lidi s úzkostí nebo s narušenou komunikační schopností či obojím, které poskytuje svým klientům komplexní služby, tzn. i tanečně-pohybovou terapii? Na tyto otázky bych ráda během svého profesního života našla odpověď. Věřím, že předkládaná práce bude inspirující pro další studenty a někdo z nich na můj výzkum naváže. Také věřím, že předkládaná práce není z mé strany poslední. Každý terapeut by měl na sobě pracovat na úrovni vzdělávací i na úrovni psychické, potažmo fyzické, aby mohl být pro své klienty tím nejlepším terapeutem a vzorem. Přála bych si být pro své klienty dobrou tanečně-pohybovou terapeutkou a tím nejlepším vzorem.



## SOUHRN

Tato práce se zaměřuje na užití tanečně-pohybové terapie u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností. Teoretická část obsahuje základní informace o tanečně-pohybové terapii, popisuje problematiku narušené komunikační schopnosti, charakterizuje úzkost a úzkostlivost a přibližuje svalové napětí z pozice fyzioterapeuta. Praktická část představuje výzkumný soubor, pracovní hypotézy a metodiku výzkumného šetření, která byla použita u respondentů. Tabulky a grafy zasazené do praktické části prezentují výsledky výzkumného šetření. To potvrdilo snížení aktuální úzkosti a překvapivě i úzkostlivosti jako rysu osobnosti u většiny respondentů, snížení také jejich svalového napětí v přetěžovaných svalech a naopak zvýšení svalového napětí ve svalech oslabených, které se podílejí na fonaci. Příloha je věnovaná praktickým cvičením z oblasti tanečně-pohybové terapie z pohledu fyzioterapeuta i člověka, který se v dětství potýkal s narušenou komunikační schopností.

Problematika narušené komunikační schopnosti v souvislosti s úzkostí a zvýšeným svalovým napětím je obrovské téma. V této práci se snažíme jeho základy poodkrýt. Předkládané téma by si zasloužilo větší výzkum.

## SUMMARY

This work focuses on the use of dance-movement therapy in adults with impaired communication skills. The theoretical part contains basic information about the dance-movement therapy, describes the problem of communication disorders, characterized by anxiety and muscle tension from the position of a physiotherapist. The practical part presents the research group, working hypotheses and research methodology that was used by the respondents. Tables and graphs contained in the practical part presents the results of the research. The result is reduction of current anxiety and surprisingly anxiety as a personality trait most respondents also decrease their muscle tension in overloaded muscles and increased muscle tension in weakened muscles, which are involved in phonation. The annex is devoted to practical exercises in the field of dance-movement therapy from the perspective of a physiotherapist and a man who as a child suffered from impaired communication skills.

The issue of communication skills in relation to anxiety and increased muscle tension is a huge topic. In this work we try to uncover its foundations. Presented topic would deserve more research.

<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>Název</b>	<b>číslo strany</b>
<b>TABULKA 1</b>	Vizita 1 – STAI X1	93
<b>TABULKA 2</b>	Vizita 1 – STAI X2	94
<b>TABULKA 3</b>	Vizita 2 – STAI X1	95
<b>TABULKA 4</b>	Vizita 2 – STAI X2	96
<b>TABULKA 5</b>	Porovnání hodnot dotazníků STAI-X1 ve vizitě 1 a vizitě 2	37
<b>TABULKA 6</b>	Porovnání hodnot dotazníků STAI-X2 ve vizitě 1 a vizitě 2	37
<b>TABULKA 7</b>	Vstupní kineziologický rozbor respondentů	38
<b>TABULKA 8</b>	Výstupní kineziologický rozbor respondentů	39
<b>TABULKA 9</b>	Vstupní kineziologický rozbor – svalový test	40
<b>TABULKA 10</b>	Výstupní kineziologický rozbor – svalový test	40

<b>SEZNAM GRAFŮ</b>		<b>číslo strany</b>
<b>GRAF 1</b>	Logopedická diagnóza prospektivního souboru	93
<b>GRAF 2</b>	Vstupní a výstupní testování – dotazník STAI X1	94
<b>GRAF 3</b>	Vstupní a výstupní testování – dotazník STAI X2	95

**TABULKA 1**

Vstupní testování - Vizita 1 – dotazník STAI X-1

<b>X-1</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>	<b>N5</b>	<b>N6</b>	<b>N7</b>
otázka 1.	2	1	2	2	2	2	2
otázka 2.	4	4	4	3	4	2	3
otázka 3.	1	1	1	1	1	1	2
otázka 4.	1	1	1	1	1	1	3
otázka 5.	1	2	2	2	2	2	2
otázka 6.	2	1	1	1	1	2	1
otázka 7.	1	2	1	1	1	1	3
otázka 8.	2	2	1	4	2	1	3
otázka 9.	1	1	1	1	1	1	2
otázka 10.	2	2	1	2	2	2	2
otázka 11.	1	2	2	3	2	2	4
otázka 12.	1	2	1	1	1	1	3
otázka 13.	1	1	1	1	1	1	2
otázka 14.	1	3	1	2	1	1	1
otázka 15.	1	2	2	3	2	2	3
otázka 16.	1	2	2	3	2	2	2
otázka 17.	1	1	1	1	1	1	3
otázka 18.	1	1	1	1	1	1	2
otázka 19.	2	2	2	3	2	2	4
otázka 20.	1	2	2	3	2	2	2
<b>součet</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>49</b>

**TABULKA 2**

Vstupní testování - Vizita 1 – dotazník STAI X-2

<b>X-1</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>	<b>N5</b>	<b>N6</b>	<b>N7</b>
otázka 1.	2	1	2	2	2	3	2
otázka 2.	1	1	1	3	2	1	4
otázka 3.	1	1	1	2	1	2	3
otázka 4.	1	1	1	2	2	1	4
otázka 5.	1	3	3	2	2	1	3
otázka 6.	2	4	4	3	2	3	1
otázka 7.	2	3	4	2	2	2	4
otázka 8.	1	3	4	2	2	1	3
otázka 9.	1	1	1	2	1	2	3
otázka 10.	1	2	1	3	2	3	1
otázka 11.	1	3	3	1	2	2	4
otázka 12.	1	2	1	4	2	4	3
otázka 13.	4	4	4	3	3	3	4
otázka 14.	1	3	1	1	1	2	4
otázka 15.	1	3	3	3	1	2	2
otázka 16.	1	2	2	3	2	3	3
otázka 17.	3	1	1	1	2	2	3
otázka 18.	3	1	1	1	1	2	4
otázka 19.	2	2	2	4	3	2	3
otázka 20.	1	3	3	3	1	1	4
<b>součet</b>	<b>31</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>42</b>	<b>62</b>

**TABULKA 3**

Výstupní testování - Vizita 2 – dotazník STAI X-1

<b>X-1</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>	<b>N5</b>	<b>N6</b>	<b>N7</b>
otázka 1.	1	2	1	2	2	2	4
otázka 2.	1	4	1	1	4	2	1
otázka 3.	1	1	1	1	1	1	1
otázka 4.	1	1	1	1	1	1	3
otázka 5.	1	2	1	2	2	2	4
otázka 6.	4	4	1	1	1	1	1
otázka 7.	1	1	1	1	1	3	2
otázka 8.	2	2	1	3	2	2	4
otázka 9.	1	1	1	1	1	1	2
otázka 10.	2	2	2	2	2	2	3
otázka 11.	2	2	1	3	2	1	2
otázka 12.	1	1	1	1	1	1	4
otázka 13.	1	1	1	1	1	1	1
otázka 14.	1	3	2	1	1	1	1
otázka 15.	1	2	1	2	2	1	4
otázka 16.	1	2	1	2	2	1	2
otázka 17.	1	1	1	1	1	1	4
otázka 18.	1	1	1	1	2	1	1
otázka 19.	2	2	1	2	2	1	4
otázka 20.	1	2	1	2	2	1	3
<b>součet</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>51</b>

**TABULKA 4**

Výstupní testování - Vizita 2 – dotazník STAI X-2

<b>X-1</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>	<b>N5</b>	<b>N6</b>	<b>N7</b>
otázka 1.	1	2	1	2	1	3	3
otázka 2.	1	1	4	3	2	2	4
otázka 3.	1	1	1	2	2	2	3
otázka 4.	1	1	1	1	1	2	2
otázka 5.	1	3	4	2	1	1	4
otázka 6.	1	1	4	2	2	2	3
otázka 7.	2	4	4	2	2	3	3
otázka 8.	1	3	4	1	2	1	3
otázka 9.	2	1	1	3	1	3	1
otázka 10.	1	2	2	2	2	3	3
otázka 11.	1	3	4	2	1	1	3
otázka 12.	1	1	1	3	3	1	3
otázka 13.	4	4	4	3	3	3	4
otázka 14.	1	3	2	1	1	2	1
otázka 15.	1	3	4	1	1	2	4
otázka 16.	1	2	1	2	2	3	3
otázka 17.	1	1	1	2	1	2	1
otázka 18.	21	1	1	1	1	1	4
otázka 19.	1	2	1	2	3	2	3
otázka 20.	1	3	4	2	2	1	1
<b>součet</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>40</b>	<b>59</b>

**TABULKA 5** Porovnání hodnot dotazníků STAI-X1 ve vizitě 1 (vstupní testování) a vizitě 2 (výstupní testování)

<b>Respondent</b>	<b>Počet bodů ve V1</b>	<b>Počet bodů ve V2</b>	<b>Zhodnocení</b>
1	28	27	↓
2	35	37	↑
3	30	22	↓
4	39	31	↓
5	32	33	↑
6	30	27	↓
7	49	51	↑

**TABULKA 6** Porovnání hodnot dotazníků STAI-X2 ve vizitě 1 (vstupní testování) a vizitě 2 (výstupní testování)

<b>Respondent</b>	<b>Počet bodů ve V1</b>	<b>Počet bodů ve V2</b>	<b>Zhodnocení</b>
1	31	26	↓
2	44	42	↓
3	43	49	↑
4	47	39	↓
5	36	34	↓
6	42	40	↓
7	62	59	↓

**TABULKA 7 VSTUPNÍ KINEZIOLÓGICKÝ ROZBOR RESPONDENTŮ**

V1	DRŽENÍ TĚLA	DÝCHÁNÍ	OSLABENÉ SVALY	ZKRÁCENÉ SVALY	NARUŠENÉ KOVERBÁL.CHOVÁNÍ
N1	velmi ochablé	povrchní	m.rectus abd. st. 3 mm.glutaei	m. quadratus lumb., hamstringy	-----
N2	mírně ochablé	povrchní	m.rectus abd. st.3 mm. glutaei	mm. trapezii	přešlapování vyhýbání se očnímu kontaktu
N3	mírně ochablé	povrchní, dech. spazmy	m. rectus abdominis st.4 mezilopatkové svalstvo	mm. trapezii	mrkání dotýkání se úst
N4	skoliotické	povrchní, dech. spazmy	m.rectus abd. st. 3 mezilopatk. svalstvo mm. glutaei	m. quadriceps fem. mm. trapezii m. levator scap.	mrkání nepřirozená mimika viditelné spazmy na krku
N5	skoliotické	povrchní, dech. spazmy	m.rectus abd. st. 3 mezilopatk. svalstvo mm. glutaei	mm. trapezii mm. pectorales m. levator scap. hamstringy	nepřirozená mimika
N6	velmi ochablé	povrchní	m.rectus abd. st. 3 mezilopatk. svalstvo	hamstringy m. triceps surae	-----
N7	skoliotické	povrchní	m.rectus abd. st. 3 mm. glutaei, mezilopatk. svalstvo	mm. trapezii mm. pectorales	mrkání nepřirozené pohyby hlavou



**TABULKA 8 VÝSTUPNÍ KINEZILOGICKÝ ROZBOR KLIENTŮ**

V1	DRŽENÍ TĚLA	DÝCHÁNÍ	OSLABENÉ SVALY	ZKRÁCENÉ SVALY	NARUŠENÉ KOVERBÁL.CHOVÁNÍ
N1	ochablé	povrchní	m.rectus abd. st. 3 mm.glutaei	m. quadratus lumb., hamstringy	-----
N2	ochablé	povrchní	<b>m.rectus abd. st.4</b> mm. glutaei	<b>mm. trapezii</b> <b>st.2 - uvolněnější</b>	<b>méně přešlapování</b> vyhýbání se očnímu kontaktu
N3	ochablé	povrchní, dech. spazmy	m.rectus abd. st. 4 mezilopatkové svalstvo st.3	mm. trapezii	mrkání méně dotýkání se úst
N4	skoliotické	povrchní, dech. spazmy	<b>m.rectus abd. st. 4</b> mezilopatk. svalstvo	m. quadriceps fem. <b>mm. trapezii</b> <b>st. 2 - uvolněnější</b> m. levator scap.	mrkání nepřirozená mimika <b>méně viditelné</b> <b>spazmy na krku</b>
N5	skoliotické	povrchní, dech. spazmy	m.rectus abd. st. 3 mezilopatk. svalstvo	<b>mm. trapezii a</b> <b>mm. pectorales</b> <b>st. 2 - uvolněnější</b> m. levator scap. hamstringy	nepřirozená mimika
N6	mírně ochablé	povrchní	<b>m.rectus abd. st. 4</b> mezilopatk. svalstvo	hamstringy m. triceps surae	-----
N7	skoliotické	povrchní	m.rectus abd. st. 3 mm. glutaei, mezilopatk. svalstvo	<b>mm. trapezii a</b> <b>mm. pectorales</b> <b>st. 2 - uvolněnější</b>	mrkání nepřirozené pohyby hlavou

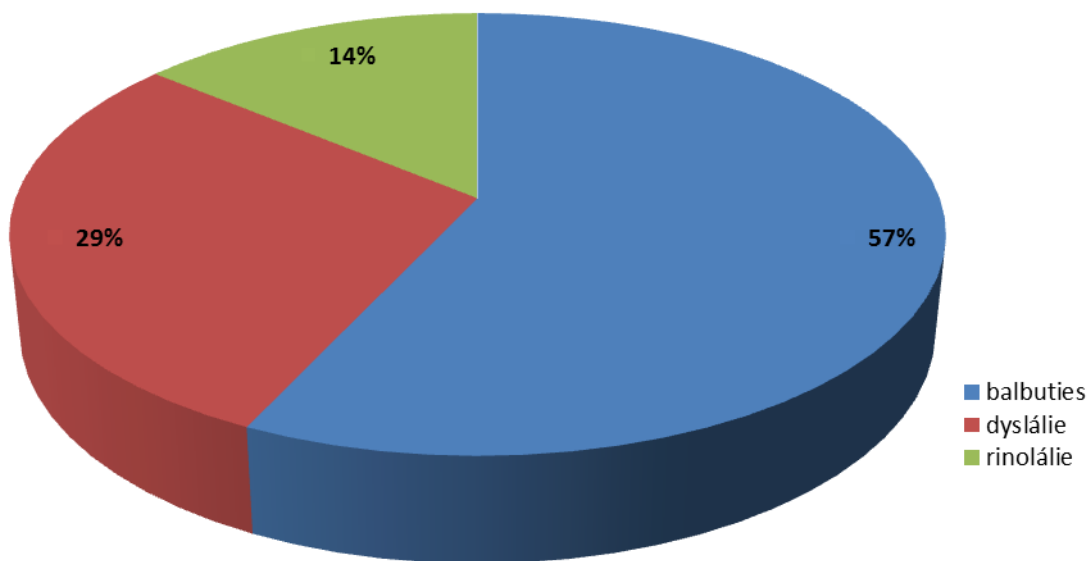
**TABULKA 9** VSTUPNÍ KINEZIOLOGICKÝ ROZBOR - SVALOVÝ TEST

V1	Svalová síla břišních svalů	Svalové zkrácení trapézů
N1	3	-----
N2	3	0
N3	4	0
N4	3	0
N5	3	0
N6	3	-----
N7	3	0

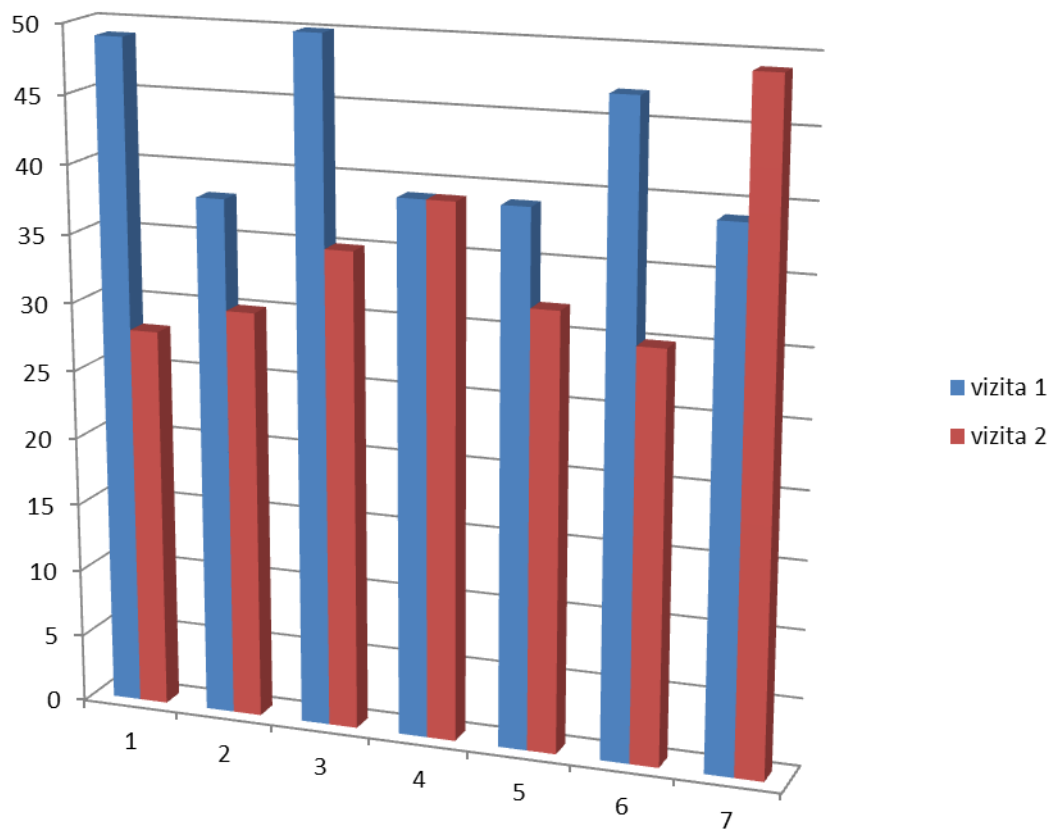
**TABULKA 10** VÝSTUPNÍ KINEZIOLOGICKÝ ROZBOR – SVALOVÝ TEST

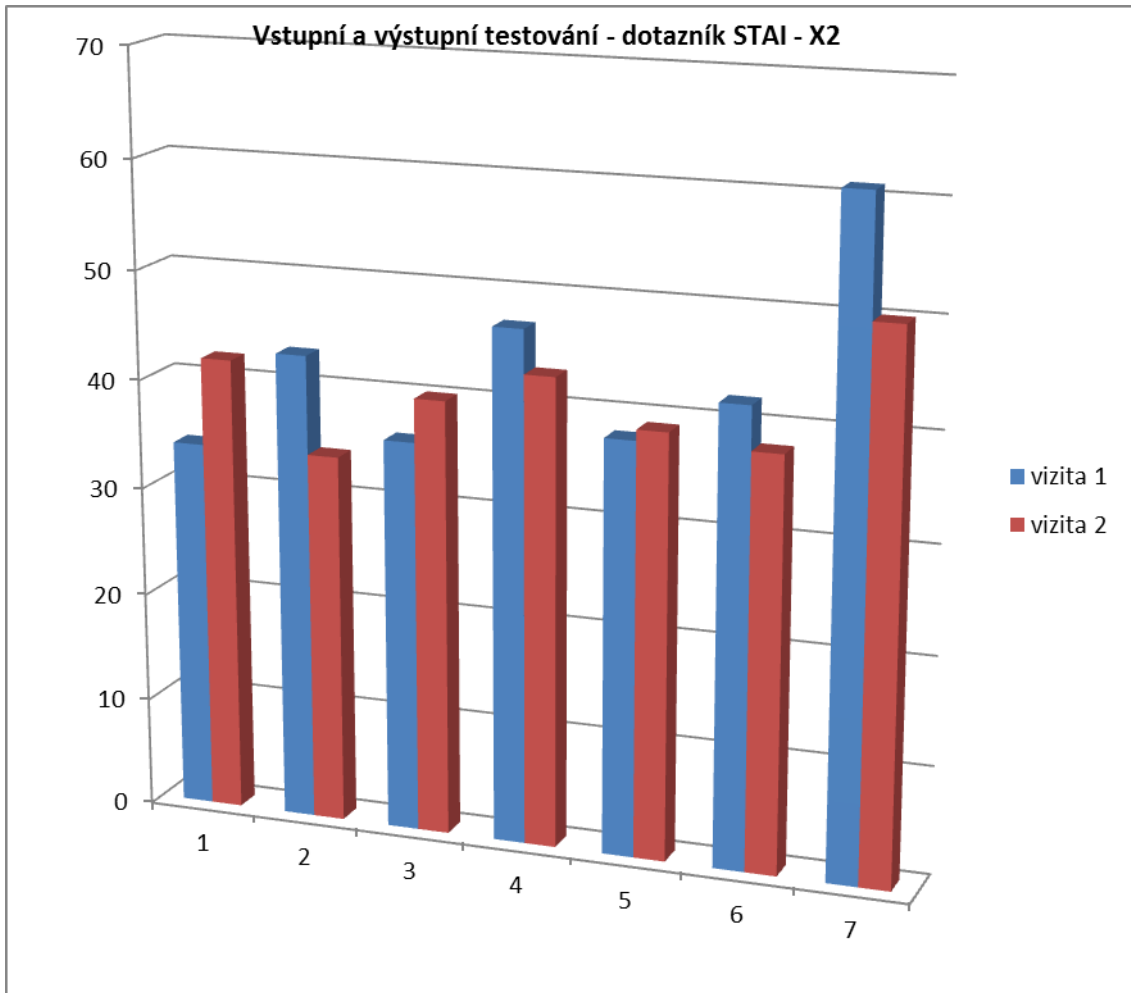
V1	Svalová síla břišních svalů	Svalové zkrácení trapézů
N1	3	-----
N2	<b>4</b>	<b>1</b>
N3	4	<b>1</b>
N4	<b>4</b>	<b>1</b>
N5	3	<b>1</b>
N6	<b>4</b>	-----
N7	3	<b>1</b>

Logopedická diagnóza prospektivního souboru



Vstupní a výstupní testování - dotazník STAI - X1





## **Odborná literatura a informační zdroje:**

1. BENÍČKOVÁ, M.: Muzikoterapie a specifické poruchy učení. Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3520-7
2. BLAHUTKOVÁ, M.: Psychomotorika. MU Brno, 2007. ISBN: 80-210-3067-4.
3. FRASER, J.: Účinné poradenství při terapii koktavosti. Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-689-6
4. HARTL P., HARTLOVÁ H.: Psychologický slovník. Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-569-1
5. CHODOROWOVÁ, J.: 2006. Taneční terapie a hlubinná psychologie. Triton, 2006. ISBN: 80-7254-554-x
6. JANDA, V. : Funkční svalové testy. Grada, 2004. ISBN: 978-80-247-0722-8
7. KLENKOVÁ, J.: Logopedie. Grada, 2006. ISBN: 80-247-1110-9
8. KOLÁŘ, P.: Rehabilitace v klinické praxi. Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1
9. KRAUS, J.: Dětská mozková obrna. Grada, 2005. ISBN: 80-247-1018-8
10. LECHTA, V.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Grada, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3
11. MÜLLNER J., RUISEL I., FARKAŠ G.: Dotazník na merenie úzkosti a úzkostlivosti. Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., Bratislava, 1980. ISBN-80-8068-282-8
12. NEWLOVE, J., DALBY J. : Laban for all. Nick Hern Books Limited, London, 2004. ISBN (UK): 978-1-85459-725-0. ISBN (US): 978-0-87830-180-1.
13. PARENT, R.: Jak žít s koktavostí. Grada, 1998. ISBN: 8071783528

14. PAŘENICA, J. : Zbavím se koktání? Psychologie dnes, 2014, číslo 9, s. 52 - 5
15. PAŘÍZKOVÁ, Z. : Úzkost a sen. Bakalářská práce. MU Brno, 2005.
16. PRAŠKO, J.: Úzkostné poruchy. Grada, 2006. ISBN: 80-7178-997-6
17. PAYNE, H. : Kreativní pohyb a tanec. Portál, 1999. ISBN: 80-7178-213-0
18. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. : Logopedické poradenství. Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2666-3
19. SLOWÍK, J.: Komunikace s lidmi s postižením. Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-691-9  
Tarkowski, : 2003
20. ŠIMANOVSKÝ, Z.: Hry s hudbou a techniky muzikoterapie. Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-339-0
21. THOROVÁ, K.: Poruchy autistického spektra. Portál, 2008. ISBN: 80-7367-091-7
22. TROJAN S., DRUGA R., PFEIFFER J., VOTAVA J.: Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Grada, 2001. ISBN 978-80-247-6618-8.
23. VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, 2005. ISBN: 80-7178-802-3
24. VALENTA, M. Dramaterapie. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1819-4.
25. VALENTA, M.: Expresivní terapie v české speciální pedagogice. In: V. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami. Olomouc: VUP, 2004. ISBN 80-244-0456-7

**Internetové odkazy:**

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

<http://www.dc90.cz>

<https://theses.cz/id/ide9z4/00179897-620205077.pdf>

## PŘÍLOHA A

### Kazuistika respondenta N2

Respondent J. L., 34 let

*Diagnóza:* lehké mentální postižení, myopie

*Osobní anamnéza:* respondent ze 3. těhotenství matky. Absolvoval 3 roky základní školy v Přerově, poté přešel do Pomocné školy v Přerově, kde byl do svých 16 let. V roce 1996 navštěvoval denní stacionář při Dětském centru 1990 v Olomouci - Topolanech, kde je od roku 1997 zaměstnaný a to nejprve jako pomocník do dřevařské dílny (výroba hraček), následně do dílny zahradnické, kde je zaměstnán dodnes.

*Rodinná anamnéza:* matka zdravá, otec zemřel v roce 2006 na srdeční infarkt

*Farmaka:* neužívá

*Sociální anamnéza:* respondent žije s matkou. Má pravidelnou pracovní dobu (8:00 – 14:00). Má staršího bratra a sestru, oba mají svoji rodinu a nežijí společně.

*Psychologická anamnéza:* respondent výborně spolupracuje, chování bez abnormálních projevů. V dětství živějším dítětem. Byl fixovaný na babičku s dědou, kteří zemřeli (oba dle respondenta na selhání srdce). Projevy separační úzkosti. Dle jeho slov měl striktní výchovu – neudělal něco, co měl nebo nepřišel ze školy včas domů – a dostal výprask.

*Rehabilitační anamnéza:* respondent chodící bez opory, bez tělesných abnormalit a pohybových obtíží. Rehabilitace zaměřená na kondiční cvičení s důrazem na protažení zádového svalstva, aktivaci břišního svalstva a hlubokého stabilizačního systému, nácvik labilních poloh



*Kineziologický rozbor:* páteř – hyperlordóza (prohnutí) v oblasti bederní páteře, zkrácené paravertebrální svaly podél páteře, oslabené břišní svaly

stoj – ve stoji na špičkách a patách pacient přepadává. Cvičení zaměřeno na nácvik labilních poloh a zlepšení koncentrace během cvičení

držení těla – ochablé

dýchání – povrchní

oslabení svalové síly – břišní a hýžděové svaly

zkrácené svaly – trapézy

narušené koverbální chování – přešlapování, vyhýbání se očnímu kontaktu

*Řeč:* respondent trpí balbuties, řeč srozumitelná, k zadrhnutí na určitém slově dochází zřídka.

Narušena plynulost, respirace, fonace, nepravidelné dýchání. Artikulace všech hlásek správná, tvoří správné věty, bohatá slovní zásoba. Nonverbální chování – mírně narušeno při zadrhnutí - přivírání očí a snaha vyrazit ze sebe hlásky silou, snaha o opakování slova

*Sebeobsluha:* respondent zcela samostatný v sebeobsluze

## PŘÍLOHA B

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Tulcová, jsem fyzioterapeutka v DC 90 a zároveň studentka oboru Tanečně-pohybové terapie na Akademii Alternativa v Olomouci. Nyní píšu absolventskou práci na téma “Vliv tanečně-pohybové terapie na snížení úzkosti a zlepšení svalového napětí u dospělých lidí s narušenou komunikační schopností“. Pro účely práce bych chtěla terapeuticky pracovat s Vaším synem/dcerou ve frekvenci jednou týdně po dobu 30-45 minut. Budete-li mít zájem, o výsledcích své práce Vás budu ráda informovat.

Souhlasím – nesouhlasím\* s tím, aby se můj syn/dcera.....  
zúčastnil/-a lekcí tanečně-pohybové terapie pro účely absolventské práce.

V Olomouci dne.....

Podpis: .....

\*nehodící se škrtněte

S T A I

T-161

X-1

TZ/slov.

Priezvisko a meno: ..... Vek: .....

Povolanie: ..... Dnešný dátum: .....

## INŠTRUKCIA

Nižšie sú uvedené rôzne výroky, ktorými ľudia zvyknú opisovať sami seba. Prečítajte si pozorne každý výrok a zakrúžkujte to číslo pri ňom, ktoré najlepšie vystihuje Vaše momentálne pocity. Pri každom výroku teda uveďte

## AKO SA CÍTITE PRÁVE TERAZ

	Vôbec nie	Len trochu	Dost'	Veľmi
1. Som kludný, pokojný .....	1	2	3	4
2. Som bezstarostný .....	1	2	3	4
3. Som napätý .....	1	2	3	4
4. Som smutný .....	1	2	3	4
5. Cítim sa dobre .....	1	2	3	4
6. Som vzrušený .....	1	2	3	4
7. Bojím sa neúspechu .....	1	2	3	4
8. Cítim sa odpočínutý .....	1	2	3	4
9. Mám pocit úzkosti .....	1	2	3	4
10. Cítim sa pohodlne .....	1	2	3	4
11. Dôverujem si .....	1	2	3	4
12. Som nervózny .....	1	2	3	4
13. Som ustrašený .....	1	2	3	4
14. Cítim, že by som mal niečo urobiť .....	1	2	3	4
15. Som uvoľnený .....	1	2	3	4
16. Som spokojný .....	1	2	3	4
17. Mám starosti .....	1	2	3	4
18. Som podráždený a cítim sa "vyvedený z miery" .....	1	2	3	4
19. Som šťastný .....	1	2	3	4
20. Cítim sa príjemne .....	1	2	3	4

Priezvisko a meno: ..... Vek: .....

Povolanie: ..... Dnešný dátum: .....

## INŠTRUKCIA

Nižšie sú uvedené výroky, ktorými ľudia zvyknú opisovať sami seba. Prečítajte si pozorne každý výrok a z čísel uvedených pri ňom, zakrúžkujte to, ktoré najlepšie vystihuje Vaše obvyklé pocity. Pri každom výroku teda uveďte

## AKO SA ZVYČAJNE CÍTITE

	Takmer nikdy	Niekedy	Často	Takmer vždy
21. Cítim sa príjemne .....	1	2	3	4
22. Rýchlo sa unavím .....	1	2	3	4
23. Býva mi do plaču .....	1	2	3	4
24. Rád by som bol šťastný, ako sa zdajú iní .....	1	2	3	4
25. Prichádzam o veľa, pretože sa neviem včas rozhodnúť .....	1	2	3	4
26. Cítim sa odpočínutý a svieži .....	1	2	3	4
27. Som kľudný, pokojný a rozvážny .....	1	2	3	4
28. Mávam pocity, že ťažkosti sa hromadia tak, že ich nedokážem prekonať .....	1	2	3	4
29. Trápia ma veci, na ktorých v skutočnosti nezáleží .....	1	2	3	4
30. Som šťastný .....	1	2	3	4
31. Mám sklon posudzovať veci príliš vážne .....	1	2	3	4
32. Málo si dôverujem .....	1	2	3	4
33. Som bezstarostný .....	1	2	3	4
34. Krízové situácie a ťažkosti ma prenasledujú .....	1	2	3	4
35. Bývam smutný .....	1	2	3	4
36. Som spokojný .....	1	2	3	4
37. Zmocní sa ma bezvýznamná myšlienka a nemôžem sa jej zbaviť .....	1	2	3	4
38. Sklamanie prežívam tak hlboko, že naň nemôžem zabudnúť .....	1	2	3	4
39. Som vyrovnaná osobnosť .....	1	2	3	4
40. Dožívam sa do stavu napätia alebo nepokoja, keď rozmýšľam o svojich súčasných problémoch .....	1	2	3	4