

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
KATEDRA PSYCHOLOGIE FILOZOFICKÉ FAKULTY**



**EFEKTIVITA A VLIV BŘÍŠNÍHO TANCE
NA PROŽÍVÁNÍ A VNÍMÁNÍ DÍVEK
S ÚZKOSTNĚ – DEPRESIVNÍ SYMPTOMATIKOU**

Diplomová práce

Autor: **Lenka Mádrová**
Vedoucí práce: **PhDr. Jiří Smejkal**

**OLOMOUC
2011**

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Mrsklesích, 17. 3. 2011

.....

Lenka Mádrová

PODĚKOVÁNÍ

Za mnohostrannou výpomoc a cenné rady bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce PhDr. Jiřímu Smejkalovi. Děkuji také Anně Šustrové, vedoucí projektu Společná cesta, která mi umožnila se na tomto programu pro děti podílet, a Bc. Martině Mikové, která se svým výtvarným uměním podílela na vzniku Dotazníku na vnímání těla a obrázkové příloze o břišním tanci. V neposlední řadě děkuji i celému dětskému oddělení PL Šternberk, jak personálu, tak i samotným dívkám, které byly ochotné se na výzkumu podílet.

OBSAH

Úvod.....	6
-----------	---

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. SPECIFIKA DÍVEK V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	7
1. 1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	7
1. 2. HLEDÁNÍ IDENTITY A POTŘEBA HRANIC	9
1. 3. STRACHY DOSPÍVAJÍCÍCH	11
1. 4. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ A BODY IMAGE	12
1. 5. VZTAHY A SEXUALITA	14
2. DIAGNÓZY VYSKYTUJÍCÍ SE VE VÝZKUMNÉM SOUBORU.....	16
2. 1. ÚZKOSTNĚ – DEPRESIVNÍ SYMPTOMATIKA.....	16
2. 1. 1. Úzkost	16
2. 1. 2. Deprese.....	18
2. 2. PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ A V ADOLESCENCI.....	21
2. 2. 1. Porucha chování ve vztahu k rodině.....	23
2. 2. 2. Nesocializovaná porucha chování	23
2. 2. 3. Socializovaná porucha chování	24
2. 2. 4. Depresivní porucha chování	24
2. 2. 5. Porucha aktivity a pozornosti	24
2. 3. MENTÁLNÍ ANOREXIE	25
2. 4. ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	28
2. 5. SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTÍ	32
3. POHYB JAKO TERAPEUTICKÝ PROSTŘEDEK	35
4. BŘIŠNÍ TANEC	38
4. 1. PŮVOD BŘIŠNÍHO TANCE	38
4. 2. POZITIVNÍ ÚČINKY BŘIŠNÍHO TANCE	39
4. 3. TANEČNÍ STYLY	40

B. PRAKTICKÁ ČÁST

1. METODIKA VÝZKUMU	43
1. 1. CÍL VÝZKUMU	43

1. 2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	43
1. 3. POPIS PŘÍPRAVY A PRŮBĚHU VÝZKUMU	44
1. 4. ETIKA VÝZKUMU	46
1. 5. METODY SBĚRU DAT	46
1. 6. METODY ANALÝZY DAT	48
2. ZÁKLADNÍ TANEČNÍ PRVKY BŘIŠNÍHO TANCE	49
3. PŘÍPADOVÉ STUDIE	52
3. 1. NINA	52
3. 2. PETRA	55
3. 3. RADKA	58
3. 4. ZUZANA	62
3. 5. LINDA	65
3. 6. MARTINA	68
3. 7. HANA	71
3. 8. MONIKA	74
3. 9. DANA	77
3. 10. ANNA	80
3. 11. DENISA	84
3. 12. KLÁRA	87
4. ANALÝZA ZÁVĚREČNÝCH ROZHOVORŮ METODOU TRSŮ	91
5. KVANTITATIVNÍ ANALÝZA DAT POMOCÍ WILCOXONOVA POŘADOVÉHO TESTU PRO PÁROVÉ HODNOTY	93
5. 1. ŠAD – JAK SE CÍTÍŠ PRÁVĚ TEĎ, V TUTO CHVÍLI?	93
5. 2. ŠAD – JAK SE OBVYKLE CÍTÍŠ?	94
5. 3. CDI	95
5. 4. CDI – NEGATIVNÍ SEBEHODNOCENÍ (ŠKÁLA E)	96
6. DISKUSE	97
7. ZÁVĚR	99
8. SOUHRN	100
LITERATURA.....	103

PŘÍLOHY

ÚVOD

Tato práce vznikla jako reakce na pravidelné lekce břišního tance, které probíhají už dva roky na dětském psychiatrickém oddělení ve Šternberku. Jako lektorku břišních tanců a zároveň budoucí psycholožku mě lákala možnost zjistit psychologické aspekty tohoto tanečního stylu. Celý taneční program byl pod záštitou nejen psychiatrického oddělení, ale i projektu Společná cesta, který se na tomto oddělení věnuje vytváření volnočasových aktivit pro hospitalizované děti. Primárním cílem tanečních lekcí, stejně jako celého projektu, bylo nabídnout hospitalizovaným dětem a dospívajícím možnost smysluplného trávení volného času.

Hlavním cílem výzkumu, který jsem prováděla, bylo zjistit vliv břišního tance na prožívání dívek, zmapovat jak vnímají své tělo a jak tento fyzický sebeobraz ovlivňuje jejich celkové sebehodnocení. Zajímal mě také vliv tance na úzkostné a depresivní projevy dívek a možnost využití tance k podpoře léčby.

Teoretická část se v úvodu věnuje problematice adolescence. Myslím si, že znalost specifických dívčích charakteristik v tomto období je pro práci s nimi zcela klíčová. Následuje kapitola o diagnostice, kde jsou stručně nastíněny základní informace o jednotlivých psychických poruchách, které se ve výzkumném souboru objevily. Malá část textu se zabývá terapeutickými účinky pohybu na psychické potíže. Z těchto teoretických a mnoha výzkumy potvrzených základů pak vycházím v praktickém vytváření tanečního programu a výzkumu. Poslední kapitola je věnovaná samotnému břišnímu tanci a slouží k představení tohoto, myslím si, že dnes už u nás velmi dobře známého, tanečního stylu.

Dalo by se říct, že „srdcem“ praktické části i celé této práce jsou jednotlivé studie dívek, které se výzkumu účastnily. Každé dívce je věnovaná samostatná kapitola, kde jsou popsány její potíže, kvůli kterým byla hospitalizována, popis jejího chování během tanečních lekcí, výsledky všech dotazníků a metod použitých ve výzkumu, popis rozhovoru a poznámky ze závěrečné propouštěcí zprávy. Potom následuje kvantitativní analýza výsledků dotazníků.

Celá práce je doplněna o spoustu příloh, které ji výrazně obohacují. Čtenáři jsou nabídnuty k nahlédnutí kresby stromu některých děvčat, vyplněné části dotazníku na vnímání těla, konkrétně upravené siluety postav, různé grafy, přibližná podoba závěrečného rozhovoru a nákresy tanečních prvků. Nechybí samozřejmě ani fotodokumentace průběhu lekce.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. SPECIFIKA DÍVEK V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

1. 1. Základní charakteristiky období dospívání

Z pohledu biologie můžeme dobu dospívání časově vymezit prvními známkami pohlavního zrání (projevující se zejména vývojem sekundárních pohlavních znaků), akcelerací růstu jedince na začátku tohoto období, dokončením tělesného růstu a plnou reprodukční schopností na jeho konci. Zároveň probíhá spousta změn psychických. Dospívající se musí naučit ovládat nové pudové tendence a vyrovnávat se s emocionální labilitou. Ve způsobu myšlení dochází k přechodu ze stádia konkrétních operací do etapy formálně abstraktního způsobu myšlení. Podle Piagetovy periodizace kognitivního vývoje se tato změna odehrává po jedenáctém až dvanáctém roce života. Významné jsou také změny v sociální oblasti dospívajícího člověka. Mění se jejich role ve společnosti i pohled na sebe samého. Snaží se co nejrychleji zbavit všech dětských atributů, které je staví do sociální podřízenosti, a co nejdříve se ve všem vyrovnat dospělým. Všechny změny biologické, psychické i sociální jsou do jisté míry propojené a na sobě závislé. I když nejde o přímou kauzalitu, jsou mnohdy ovlivňovány společnými faktory, a probíhají současně. Souhrnně je označujeme jako změny pubertální. U mnoha dospívajících však můžeme nacházet značné diskrepance mezi změnami somatickými, psychickými a sociálními. Můžeme pozorovat vyspělý způsob myšlení u dětí, které ještě nevykazují žádné znaky pohlavního dospívání, stejně jako sociálně stále dětinské vystupování somaticky značně vyspělých jedinců. Tyto rozpory spolu s interindividuální variabilitou ztěžují vědcům jasně určit věkové hranice tohoto období. Literatura v současné době uvádí dolní hranici 11 – 12 let a horní hranici zhruba 20 – 22 let (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Protože je období dospívání tak široké, dělíme ho ještě na období pubescence a období adolescence:

a) Období pubescence trvá přibližně od 11 do 15 let. Můžeme v něm rozlišovat fázi prepuberty, která je spojená s nástupem prvních známek pohlavního dospívání. U většiny českých dívek probíhá tato fáze od 11 do 13 let (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000). Končí nástupem menstruace. Potom následuje fáze vlastní puberty, kterou můžeme vymezit věkem od 13 do 15 let. V tomto období dochází postupně k dosažení plné

reprodukční schopnosti. V prepubertě jsou menses zpravidla nepravidelné a anovulační. Trvá 1 až 2 roky, než se cyklus stane pravidelným a buňky jsou schopné oplodnění. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

b) Období adolescence je ukončováno mezi 20. až 22. rokem. Dochází v něm k nejvýznamnějším psychosociálním změnám. Právě v tomto období se dostává kognitivní vývoj na úroveň stádia formálních operací (viz výše), což má velký vliv na morální usuzování. Mění se vztahy k druhým lidem, a to jak k rodičům, tak k vrstevníkům, i vztah k sobě samému. Důležitým úkolem v době adolescence je přijetí své psychosexuální role jako ženy nebo muže (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000). Z pohledu fyziologie je dokončován tělesný růst i plná reprodukční schopnost. Růst uteru u dívek je dokončen zhruba ve dvaceti letech. Pokračuje i zrání mozku. Zatímco v pubescenci se na začátku objevují pomalejší vlny v EEG¹ jako theta nebo subtheta vlny, které mají frekvenci pouze 5/s (podle Lesného „pubertální regrese“), po šestnáctém roce se vývoj stabilizuje s převahou alfa vln (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Nástup dospívání se stejně jako celkový růst za posledních sto let ve všech rozvinutých evropských a amerických zemích urychlil. Příčinou je pravděpodobně celý komplex změn, ke kterým v rozvinutých průmyslových zemích od poloviny 19. století docházelo. Tento jev bývá nazýván sekulární akcelerační². Vývoj je patrný zejména v oblasti první menstruace u dívek. Například Matiegkovo šetření z roku 1897 vypovídá o tom, že průměrný věk nástupu menstruace u českých dívek je 15 – 16 let. V roce 1938 vědci stanovili tento průměr na 14 let a v roce 1962 se jednalo už o 13 let. Další studie provedené koncem 20. století však ukazují, že se tento jev už zastavil a snižování věkové hranice tak dále nepokračuje. Studie z roku 1988 (Prokopec, Dutková, Vignerová, in Langmeier, Krejčířová, 2006) tyto údaje potvrzuje. Na celkovém vzorku 12 500 českých dívek zjistili střední věk první menstruace 13,1 let. Patrné jsou ale také značné interindividuální rozdíly. Časnější nástup dospívání je pro dívky zátěží. Janošová (2008) ve své publikaci uvádí, že dříve dospělé dívky mají celkově nižší sebevědomí a sebeúctu než dívky, které začnou dospívat později. Častěji také trpí emočními problémy a depresí. Je to dáno tím, že jako první začnou prožívat tělesné a psychické změny, ale mezi vrstevníky si o tom nemají s kým promluvit a s kým to sdílet. V posledních desetiletích se začíná zastavovat také

¹ Přestože nebyla prokázána příčinná souvislost, někteří vědci se domnívají, že s těmito neurologickými změnami souvisí emoční labilita a roztěkaná pozornost v pubescenci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

² Sekulární akcelerační je termín pro urychlování růstu a vývoje v průběhu několika staletí. Výraz sekulární znamená latinsky opakující se po staletí, akcelerační potom zrychlení nebo urychlení. Sekulární změny je tedy možné zachytit až po uplynutí staletí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

sekulární akcelerace růstu do výšky. Otázkou stále zůstává, jestli má sekulární akcelerace tělesného vývoje vliv na urychlení vývoje psychického. Názory na to se různí. První stanovisko je toho názoru, že fyzická akcelerace má za následek spíš opoždění duševního vývoje. To druhé zastává hypotézu, že je akcelerace v obou těchto oblastech lidského vývoje souměrná. Ranější začátek pubescence ale zároveň umožňuje delší dobu pro dokončení dospívání, které se tak rozšiřuje oběma směry (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1. 2. Hledání identity a potřeba hranic

„Dospívající se občas snaží zpřetrhat vše, co si do té doby osvojil, co mu bylo vlastní, a hledá něco nového. Hodnoty, kamarádi, jazyk, vztahy, všechno se mění, stejně jako on sám.“ (Heider, 2007).

Podle Eriksona je hlavním úkolem dospívajícího jedince hledání vlastní identity za současného boje proti pocitům nejistoty o své vlastní roli mezi lidmi, které ho ohrožují. Je to doba hledání odpovědí na otázky: kdo jsem, jaký jsem, jaký je smysl mého života, jak se na mě dívají ostatní, kam patřím, kam směřuji, jaké hodnoty jsou pro mě nejdůležitější. Se všemi těmito změnami souvisí proces individuace³, který u dospívajících probíhá velmi intenzivně a pro dospělé i často nepochopitelně. Je důležitý pro další psychický vývoj jedince. V rámci tohoto procesu⁴ dospívající formuje a utváří zcela nové vztahy s okolními lidmi, zbavuje se primární závislosti na rodičích a vytváří si vlastní jedinečnost ve smyslu osobních charakteristik a relativní samostatnosti. Začíná negativně pociťovat silné pouto, které je mezi ním a rodiči, a snaží se ho oslabit. Někdy může toto snažení dostat se z vlivu rodičů působit až křečovitě. Není ale ještě myšleno úplně a definitivně. Často je dáván najevo odpor k životnímu stylu rodičů a vytvářen jakýsi protiprogram. Dospívající se snaží vytvořit vlastní životní styl a hodnoty. Proto musí být do jisté míry odlišný právě od stylu jeho rodičů. Musí být zřejmé, že je to jeho prostor, jeho styl, který si musí obhájit, jednak před ostatními lidmi a hlavně před sebou samým. Chce získat respekt ze strany okolí pro vlastnosti a činnosti, které si zvolil za vlastní, a které považuje za důležité. Snaží se, prosadit své nové já (Heider, 2007).

Velmi důležitým tématem v době dospívání se stávají hranice a jejich překonávání a porušování, které se ukázalo jako nezbytné k posílení vlastní identity. Hranicemi se stávají

³ Individuace pochází z terminologie C. G. Junga, který tak označoval proces diferenciaci psychického vývoje člověka ve vlastní samostatnou osobnost. Během vývoje se člověk stává individualitou odlišnou od všech ostatních lidí (Hartl, Hartlová, 2004).

⁴ Individuaci můžeme vnímat i v širším smyslu, a to jako proces utváření vlastní nezávislosti, který probíhá celým lidským životem, a nikdy není zcela ukončen (Heider, 2007).

pravidla definovaná rodiči a společností v momentě jejich zvnitřnění. To nastane pouze tehdy, je-li jedinec neustále podporován v jejich dodržování. Nestačí tedy jen pravidla určit, ale dbát také na to, aby se jimi dospívající řídil. Jen tak se stanou jeho součástí. Pokud v sobě jedinec nemá tato pravidla, nenajde ani žádnou bariéru, jejíž překonání by si vyhodnotil jako jakýsi autorský akt, vedoucí k potvrzení identity. Potřeba takovýchto vlastních činů, zahrnující překonání určité překážky, je mimořádně důležitá. Není-li tedy co překonávat díky absenci pravidel v primární rodině a nejbližším okolí, nastává hledání pravidel v širším kontextu. Dospívající se tak může začít obracet proti společnosti a jejím hodnotám a překonávání hranic získává extrémní podobu (krádeže, násilnosti, rušení nočního klidu...). Záleží tedy na okolí dítěte a na prostředí, ve kterém vyrůstá, jakým způsobem budou vnitřní hranice formovány (Heider, 2007).

Součástí vlastní identity je samozřejmě i jasná identita sexuální (pohlavní). Zvýšená produkce ženských a mužských hormonů u obou pohlaví vede k femininním a maskulinním tendencím v prožívání a chování⁵. Zvláště na počátku adolescence dívky ukazují kromě své ženskosti i „mužskost“, odvahu a průraznost. Chlapci se naopak snaží ženskost potlačit, protože je ohrožuje. Souvisí to s ranými vývojovými kroky. Dívky mají totiž nespornou výhodu jistoty pohlavní identity, protože jejich přirozený identifikační vzor je matka. Mohou si tak „dovolit“ chovat se i trochu maskulinně, aniž by to ohrožovalo jejich ženskost. Chlapci se musí od matky jako identifikačního vzoru po dvou letech života odvrátit, všechno „ženské“ potlačit a přiklonit se k otci. Nepřerušovaný vývoj u dívek tak pravděpodobně přispívá i k tomu, že rychleji dospívají. Pravděpodobně má také vliv na lehčí přístup ke svým hloubkám, k citovému životu a k nevědomí. Tato schopnost pohroužit se do sebe bez obav setkání s opačnou identitou (u chlapců) ve spojitosti s propustnějšími mezilidskými hranicemi přináší i větší možnost empatie, vcítění se do druhého člověka (Poněšický, 2008).

⁵ Studie zjistily v sebehodnocení adolescentů podobné zastoupení jak maskulinních tak femininních charakteristik. Můžeme tedy uvažovat o jistém androgynním trendu v sebehodnocení dospívajících. Celkově se ale muži i ženy přiklání ve svém hodnocení ke své přirozené polaritě. To platí jak pro období adolescence, tak i pro střední dospělost (Wyrobková, 2005).

1. 3. Strachy dospívajících

Období dospívání je plné mnoha biologických, psychických a sociálních změn, proto je spojeno také s řadou specifických nejistot, rozporů a ambivalencí. Ty se podílejí na rozvoji obsahů strachu, které jsou pro daný věk typické, což potvrdily mnohé výzkumné studie. Jsou to především pocity nejistoty spojené se sebou samým, strach ze selhání, strach z toho, že budou sociálně odmítnuti, pocity vlastní méněcennosti, které dospívající trápí. Spousta obav je spojená s tělesným vývojem jedince a jeho výraznými změnami. Je velmi náročné a složité se na tyto náhlé změny související s vývojem sekundárních pohlavních znaků a hormonálními procesy adaptovat. Často se navíc musí dospívající vyrovnávat i s kritikou a hodnocením sociálního okolí, na kterou je v této době mimořádně citlivý, což může mít negativní dopad na jeho sebehodnocení. U dospívajících také dochází k nárůstu výskytu strachu, který vychází z otázky smrti a smrtelnosti člověka. Počátky strachu ze smrti můžeme najít už v době školního věku, zhruba od 9 – 11 let. V následujících letech dochází ke zvýšení zájmu o tuhle problematiku, což může vyústit v nejrůznější obavy. Můžeme vidět typické copingové strategie, které dospívající používají ke zvládání takto motivovaného strachu. Jedná se o odstup, cynismus, provokaci, časté je také zlehčení humorem nebo účastnění se riskantních her a aktivit. Typická je i idealizace a mýtizace smrti projevující se filozofickými diskusemi o smyslu života a smrti (Michalčáková, 2007).

Pokud bychom se na danou problematiku chtěli podívat z pohledu pohlavních rozdílů, najdeme spoustu výzkumných studií, které se vztahem emoce strachu k pohlaví dítěte a také frekvencí a intenzitou tohoto prožitku zabývaly. Většina těchto studií se jednoznačně přiklání k názoru, že pohlaví ovlivňuje tuto oblast prožívání. Převážně se uvádí větší výskyt a intenzita strachů u dívek (např. Muris, Ollendick, 2002; King et al., 1989; Slee, Cross, 1989, Burnham, Gullone, 1997, in Michalčáková, 2007). Někteří vědci se ale domnívají, že na výskytu a intenzitě strachu se více než pohlaví dítěte podílí genderové role. Studie Pierce a Kirkpatricka z roku 1992 uvádí, že chlapci mají tendence hodnotit subjektivně zažívané strachy v souladu s tradiční mužskou rolí. Míra strachu u nich signifikantně vzrostla při vyplňování dotazníku v podmínkách, které měřily fyziologické koreláty emoce strachu, tedy kontrolovaly „pravdomluvnost“, na rozdíl od situace, kdy vyplňovali dotazníky bez této kontroly. U dívek tento rozpor zjištěn nebyl. Zdánlivě to tedy vypadá, že chlapci zažívají menší míru strachu. Může to být ale pouze přizpůsobení se očekávaným genderovým stereotypům (Michalčáková, Lacinová, Bouša, Kotková, 2010). Vztah mezi genderovou rolí a strachem u dětí zkoumali i Muris, Meesters a Knoop v roce

2005. Zjistili, že feminita, preferování dívčích aktivit a hraček je spojena s vyšší mírou strachu a úzkosti. Naopak maskulinita je s nimi spojována negativně. Zdá se tedy, že projevy dětského strachu souvisí více než se samotným pohlavím s genderovou rolí, kterou každý přijme (Michalčáková, 2007).

Ukazuje se, že jednou z největších obav dospívajících dívek jsou starosti o svou postavu (Grogan, 2000). Této problematice je vzhledem k její důležitosti věnována další samostatná kapitola.

1. 4. Tělesné sebepojetí a body image

To, jak vnímáme své tělo a jeho pohyb, způsob, jakým ho hodnotíme, určuje naši fyzickou identitu. Zkušenost s vlastním tělem velmi významně ovlivňuje celkové sebehodnocení a sebeocenění. Podle Fialové (2001) je tělo naším hlavním prostředkem pro sebeexpresi a interakci se světem, a proto i významně ovlivňuje proces sebedefinování. Je to jakýsi klíč k pochopení celého „já“. Záleží ale mnohem více na subjektivním hodnocení fyzického vzhledu daného člověka, než na jeho objektivně měřitelných proporcích. Reálné tělo a představa o tom, jak by mělo v ideálním případě vypadat, mohou být zcela odlišné a ve vzájemném rozporu.

Ženy jsou svým tělem a jeho atraktivitou charakterizovány a určovány mnohem výrazněji než muži. Vzhled ženy, především její stavba těla, ovlivňuje její sociální uznání mnohem silněji než je tomu u mužské části populace. Muži se na rozdíl od žen prezentují více svým úspěchem v práci, penězi a mocí (Mrázek, 1986, in Fialová, 2001). Je to dáno hlavně sociokulturním vývojem, po staletí ovlivňovaným patriarchální formou společnosti s jejími normami, hodnotami a zákony. Zatímco u mužského těla je kladen důraz především na výkonnost a funkčnost, ženské tělo se orientuje hlavně na vzhled. Ženy se tak dostávají pod silný tlak médií a reklamy, kdy jsou neustále konfrontovány s aktuálním ideálem krásy. Díky tomuto neustálému působení, kterému v podstatě nelze uniknout, se přenáší ideál preferovaný společností do vlastního sebepojetí ženy. To má za následek neustálé přetváření a „formování“ těla pomocí různých diet, cvičení a chirurgických zákroků, kterému nejčastěji propadají právě hlavně ženy. Susie Orbachová (1993, in Grogan, 2000) uvádí, že dívky jsou od malička vedeny tak, aby přistupovaly ke svému tělu jako k obchodnímu artiklu. Poukazuje tak na skutečnost, že ženské tělo je v západní spotřební společnosti často využíváno k humanizaci a prodeji zboží. „*Ochota, s jakou ženy všech tříd, etnik a generací přijímají představu, že jejich tělo je jako zahrada – prostor pro*

neustálé vylepšování a tvarování, je zakořeněna v chápání těla jako zboží“ (Orbachová, 1993, in Grogan, 2000, str. 51). Vyšší identifikace s tělem byla zjištěna u žen bez ohledu na jejich věk, trvá tedy po celý život. Brownmillerová navíc tvrdí, že vnější vzhled je používán jako hlavní fyzická zbraň v konkurenčním boji mezi ženami (Grogan, 2000).

Na počátku dospívání se stává hodnocení vlastního vzhledu velmi důležité. Mladí lidé začínají pečlivě zkoumat svůj zevnějšek. Zvyšuje se péče o své tělo a jeho celkový vzhled. Pečlivě se věnují volbě oblečení, účesu, začínají experimentovat s kosmetikou. Krejčířová uvádí, že v pubertě se stává otázka tělesného schématu hodně důležitou, a i drobné, nepatrné odlišnosti, např. jizva po operaci, velký nos, příliš vlnité vlasy apod. mohou být pro dospívajícího silně ohrožující (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Studie provedená Davisonem a McCabem v roce 2006 (in Fourie, Lessing, 2010) upozorňuje, že vztah mezi body image a negativními emocemi je nejvíce silný právě v období adolescence. Existuje také vztah mezi obavami ze vzhledu těla a depresivními a úzkostnými symptomy u dospívajících.

Z vývojového hlediska se s nespokojeností se svým tělem můžeme setkat už dívek ve věku osmi – devíti let. Řada studií tento fakt potvrdila (Cherningová, 1983, Hill, 1992, Grogan, Wainwright, 1995, in Grogan, 2000). Hill a jeho kolektiv tvrdí, že děti „konzumují“ názory a hodnoty dospělých lidí, které pak přijímají za své a prezentují. Studie Groganové a Wainwrightové z roku 1995 prokázala, že už osmileté dívky uvádějí nespokojenost se svou hmotností a vzhledem postavy. Preferují společnosti obecně přijímanou štíhlou siluetu. Ke svému tělu přistupují kriticky. *„Ženy jsou již od základní školy vnímavé ke kulturním tlakům, které je nutí přijmout omezený výběr společensky přijatelných tvarů postavy“* (Grogan, 2000, str. 104). Přestože se nespokojenost s tělem objevuje už v takto raném věku, skutečná zvýšená citlivost k vlastnímu vzhledu a postavě se objevuje až v pubertě. V období dospívání (zejména v něm), vnímání těla a představy o něm výrazně ovlivňují identitu osobnosti. V rámci pubertálního procesu je hodnocení tělesného schématu považováno za jeho důležitou složku, a to obzvláště u dívek (Brooks-Gunn, Petersen, 1983, in Hrachovinová, Chudobová, 2004). Hormonální změny v době dospívání mají za následek změny tělesného vzhledu, štíhlé dětské proporce se začínají měnit. Právě v tomto období vrcholí podle Carruthové a Goldbergové (in Grogan, 2000) obavy o obraz postavy. Ty jsou ještě zesilovány tlakem společnosti, která klade důraz na současný ideál štíhlého těla. Výzkumné studie jasně prokázaly, že většina dívek ve věku od 13 do 16 je nespokojená s proporcemi svého těla. Uvádějí, že si připadají tlusté, a že by chtěly zhubnout (Grogan, 2000). Nespokojenost s tělem a touha po štíhlosti je mezi

adolescentními dívkami tak častá, že byla identifikována jako normativní nespokojenost (Rodin et al., 1985; Phares et al., 2004, in Rašticová, 2009). Giddens (1999) uvádí, že zkušenost s držením různých diet má přibližně 60 % třináctiletých dívek. U osmnáctiletých je to už více než 80 %. U některých dospívajících může nespokojenost s vlastním tělem nabývat až bludný charakter – dysmorfofobie⁶ (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Psychologové a sociologové se shodují v závěru, že existuje určité množství lidí, kteří mají větší obavy o svou postavu a prožívají tak větší nespokojenost než zbytek populace⁷. Mezi skupiny, které mají nižší spokojenost s vlastním tělem, patří lidé s poruchami příjmu potravy, osoby chronicky držící diety a nadměrně cvičící lidé (Grogan, 2000). Pokud existuje výrazný rozdíl mezi objektivním tělesným vzhledem a subjektivně vnímaným obrazem těla, můžeme hovořit o narušeném tělesném sebepojetí, které může být až patologické. Mírně nejisté tělesné sebepojetí je ale zcela běžné.

1. 5. Vztahy a sexualita

Jak už bylo popsáno výše, v dospívání si člověk utváří zcela nové vztahy se svým okolím, jak s dospělými, tak i s vrstevníky. Je to fáze života, ve které se s mezilidskými vztahy experimentuje. Na počátku dospívání začne probíhat zdoluhavý proces emancipace od primární rodiny. Přestože je dítěti v rodině poskytována citová jistota, bezpečí a útočiště, pro jeho další individuální vývoj je nezbytné, aby se dokázalo osamostatnit. Tato samostatnost však ještě není úplná, do jisté míry zůstává dospívající na své rodině stále závislý (to se mění až v období dospělosti, které přináší nezávislost nejen psychickou, ale i ekonomickou). Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že čím hlubší, jistější a méně konfliktní vztahy navázalo dítě k rodičům, tím snadněji u něj probíhá proces emancipace od nich. Neznamená to ale, že v optimálních podmínkách dochází k osamostatňování snadno. Je to obtížné období a nová situace jak pro dítě, tak i pro rodiče. Pubescenti bývají k rodičům často netolerantní a přehnaně kritičtí. Zvýšeně kritický postoj zaujímají i vůči vrstevníkům a sobě samým, ale mnohdy ne tak nápadným způsobem a tak otevřeně, jako vůči rodině. Sebekritiku považují dospívající za svou vnitřní, soukromou záležitost, o které nemusí nikdo vědět. Tím spíš rodiče, kterým se snaží dokázat svou „dospělost“ a samostatnost. Často tedy o svých vnitřních pocitech a nejistotách mluví jen se svými

⁶ Dysmorfofobie = chorobný strach z tělesného znetvoření; dle MKN-10 je nově řazena do dg. porucha hypochondrická, nebo případně do dg. specifická fobie (Hartl, Hartlová, 2004).

⁷ Thompson a Kent (2001, in Gilbert, Miles ed., 2002) ve svém výzkumu zjistili, že vnímání vlastního těla jako neatraktivního může vést ke vzniku psychických potíží nebo dokonce poruch.

nejbližšími kamarády a navenek si uchovávají sebeúctu, tolik chtěnou rovnoprávnost a neomylnost. Podle Vágnerové (2005) souvisí nemožnost přiznat své nedostatky a nejistoty dospělým s bojem o jejich uznání.

Otázkou nárůstu konfliktů v době dospívání mezi dítětem a rodiči se zabývala řada výzkumů. Shodují se v tom, že s nástupem dospívání četnost těchto rodinných konfliktů nijak významně neroste. Pokud se konflikty objevují, byly často založeny už v dřívějších obdobích vývoje, a nyní se jen prohlubuje jejich intenzita (Macek, 2007).

Narůstá vliv a důležitost vrstevnické skupiny. Pubescent se s ní identifikuje, je pro něj zdrojem emoční a sociální opory, kterou tak trochu dobrovolně ztrácí odpoutáváním od rodiny. Nové vrstevnické vztahy mu poskytují jistotu, pomáhají s vytvářením individuální identity, a zároveň ho také připravují na trvalé emoční vztahy v období dospělosti. Dospívající se mezi svými vrstevníky cítí dobře, protože s nimi mohou rozvíjet svobodný, spontánní vztah (Melgosa, 2000).

Navazování nových vztahů se dá rozdělit a popsat v několika stupních, které ale ne vždy navazují na sebe ve stejném pořadí. Často se také překrývají. V období puberty převažuje tendence vytvářet skupiny stejného pohlaví (= skupinová izosexuální fáze). Role jsou diferencovány, skupina je k sobě loajální. Jedinci opačného pohlaví jsou aktivně odmítáni. Ve vlastní pubertě se začíná silněji ozývat potřeba intimního párového přátelství, které s sebou přináší vyměňování si vlastních pocitů, zkušeností a sdílení nejsoukromějších emocí a problémů. Počet dobrých přátel závisí na věku a pohlaví. Pro dívky je typický menší počet blízkých přítelkyň, často jen jedna. Jejich vztah je výlučnější a založený na hlubší emoční náklonnosti, zatímco u chlapců je často přátelství založeno na společných zájmech a aktivitách. Mají také víc dobrých kamarádů než dívky, vztahy s nimi jsou ale povrchnější. Podle této studie Greckové z roku 2000 souvisí menší počet blízkých přátel u dospívajících dívek s jejich větší sociální zralostí a také s potřebou hlubších vztahů, která je větší než u chlapců. Grecková (2000, in Vágnerová, 2005) také uvádí, že dívky považovaly častěji svou přítelkyni za nejvýznamnější osobu v jejich životě.

V pubertě se také začíná rozvíjet zájem o druhé pohlaví, který je z počátku nejistý a tápavý. Na přelomu s adolescencí se můžeme setkat s „prvními láskami“. Toto období bývá odborníky označováno jako heterosexuální polygamní fáze. Je to doba získávání prvních zkušeností, zvědavosti a potřeby ujistit se o vlastní ceně a přitažlivosti. Tento náhodný kontakt, flirtování a sexuální fantazie dříve nebo později dospějí i k zážitku přímé sexuální aktivity. Na konci adolescence se vztah k druhému pohlaví ustavuje, ústí v hlubší porozumění a vázanost.

Prudké změny hormonální činnosti ovlivňují fyziologické procesy, na kterých je závislý sexuální pud. Nástupem dospívání tedy stoupá frekvence sexuálních aktivit a narůstá též jejich rozmanitost. Ukazuje se, že autoerotické masturbační praktiky jsou v dospívající populaci obecně rozšířené a slouží mimo jiné i jako předstupeň a zkouška pozdějších heterosexuálních vztahů. Schmidt a Sigush (1971, in Langmeier, Krejčířová, 2006) uvádějí, že zkušenost s masturbací mělo 5 – 9 % dívek ve věku jedenácti let, 27 – 28 % patnáctiletých dívek a 40 – 57 % dívek dvacetiletých (u chlapců jsou procenta vyšší). Lze předpokládat, že uvedená čísla jsou spíše podceněná. Věk prvního koitu zkoumali ve svém šetření Weiss a Zvěřina v letech 1993 a 1998. Uvádějí, že u dívek je věk prvního koitu nejčastěji mezi 16 – 17 lety (38,2 %). Druhou největší skupinu – 35,8 % - tvoří dívky mezi 18 – 19 lety. Ve skupině do třinácti let je to pouze půl procenta a nad 22 let 7,8 %. Motivací prvního styku bývá nejčastěji zvědavost, málokdy se jedná o hluboký emoční vztah (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2. DIAGNÓZY VYSKYTUJÍCÍ SE VE VÝZKUMNÉM SOUBORU

2. 1. Úzkostně – depresivní symptomatika

Úzkost bývá velmi často provázána depresí a naopak - depresivní projevy, které si člověk někdy neumí vysvětlit a najít příčinu mohou vzbuzovat strach a úzkost. Vezmeme – li v úvahu časovou dynamiku potíží, většinou jsme schopni určit, které z projevů byly primární a ovlivnily vznik dalších. Přesto pro účely diagnostiky vznikla tzv. smíšená úzkostně – depresivní porucha (F41.2), která se vyznačuje tím, že jsou přítomny jak příznaky úzkosti, tak deprese, a ani jedna z těchto skupin příznaků nepřevládá (Ulč, 1999).

Ačkoliv se úzkostné a depresivní projevy v celkovém obrazu potíží člověka často prolínají a doplňují, pro větší přehlednost se budu zabývat úzkostí a depresí zvlášť, v samostatných kapitolách.

2. 1. 1. Úzkost

Matějček o úzkosti napsal: „*Úzkost je daň, kterou člověk platí za dar rozumu, za dar citu, ba i za dar lidského společenství, neboť nakonec se nejvíce bojíme ani ne tak sami o sebe, jako o ty naše nejbližší bližní*“ (in Vágnerová, 2008, str. 399).

Úzkost bychom mohli definovat jako nepříjemný emoční stav, ve kterém převažují pocity napětí a obav s neurčitým obsahem. Naproti tomu strach má konkrétní předmět. Oba

tyto psychické jevy zná každý z nás. Provázejí nás celý život a významně se podílejí na formování osobnosti a socializaci. Prožívání úzkosti nebo strachu v určité míře je normální a v pořádku. Problémy začnou tyto emoce způsobovat, pokud se objeví v nepřiměřeném množství. Potom můžeme mluvit o psychických poruchách (Vymětal, 2004). Narušené prožívání úzkosti a strachu je charakteristické pro úzkostné a fobické poruchy, které patří do velké skupiny poruch neurotických. Diferenciální diagnostika neurotických poruch není vždy snadná. Přejít mezi normou a abnormalitou u této kategorie poruch není ostře ohraničený, ale naopak je velmi pozvolný, a tak je někdy těžké odlišit neurotické poruchy od ostatních problémů. Na jedné straně to ještě nemusí být porucha ale jen potíže s prožíváním nějakého náročnějšího období v životě, které občas potkají každého, na straně druhé se může jednat o závažnější potíže než neurotické. Mohou to být projevy počáteční fáze psychotické poruchy, poruchy osobnosti nebo třeba i organického poškození mozku. Bouček definuje neurózu jako duševní poruchu „...v níž je hlavním postižením duševní nebo tělesný příznak (event. skupina příznaků), který jedince obtěžuje, vnímá ho jako nepřijatelný a cizí, přičemž hodnocení reality není v hrubých obrysech narušeno, chování neporušuje základní sociální normy“ (Bouček, 2006, str. 121).

U úzkostných poruch, stejně jako u zdravých reakčních forem, se úzkost skládá ze tří složek – tělo, myšlení (pocity), chování. Ne vždy ale můžeme podle symptomů na první pohled poznat, že jde o úzkost. Člověk ji může na základě svých obranných mechanismů vytěsnit třeba jen do tělesného příznaku a stěžovat si pouze na bolesti břicha, nebo do chování (pláč, smích, agresivita, nebo třeba zlobení u dětí atd.). Primární projevy úzkosti můžeme rozdělit do čtyř kategorií. Tou první jsou vegetativní příznaky, kam patří např. třes, palpitace, pocení, tachypnoe, červení, sucho v ústech. Somatickými příznaky úzkosti je svalové napětí, závrať, tlak na hrudi a v žaludku, nauzea, poruchy spánku, bolesti hlavy, mravenčení, únavnost. Psychické projevy jsou pocity neklidu, závratě, úzkostné myšlenky, derealizace, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, podrážděnost, depresivní nálada. Na behaviorální rovině se může úzkost projevovat jako nemluvnost, pobíhání, přešlapování, rychlá řeč, zadržávání, ošívání se atd. (Bouček, 2006).

Pokud posuzujeme, zda je míra úzkosti u konkrétního člověka ještě v pořádku, nebo jestli už představuje problém, zaměřujeme se zpravidla na intenzitu prožitku a také na přiměřenost situaci. To platí pro dospělé. U dětí se tímto řídíme také, ale problematika je o něco složitější. U dětí se mnohem obtížněji určují tzv. hraniční stavy, tedy co je ještě v normě a co je už patologické. Souvisí to s psychickým vývojem dítěte, který je mnohem rychlejší. Vývojová období jsou kratší. Některé projevy dítěte mohou být v jedné fázi

normální, ale později už mohou signalizovat nějakou psychopatologii. Psycholog pracující s dětmi by se měl tedy dobře orientovat ve vývojové psychologii a znát specifika jednotlivých období. Měli bychom si uvědomit, že pro každé vývojové období je pro dítě typický určitý soubor podnětů, které vzbuzují strach, a které souvisejí s vývojovými úkoly daného období. Například kolem osmého měsíce se objevuje separační úzkost, v kojeneckém a batolecím věku se dítě navíc ještě potýká se strachem z cizích lidí. Normální je, že tyto projevy ke konci třetího roku života ustoupí. V předškolním věku můžeme u dětí pozorovat spoustu strachů až fobií (v rámci normy), a to hlavně z hmyzu, ze zvířat, z tělesného poškození, nebo třeba ze zlodějů. Tyto strachy souvisí s bohatou fantazií a s magickým myšlením, které k předškolnímu věku patří. Pokud nejsou tyto fobie nějak posilovány, většinou zmizí tak rychle, jak se objevily. Obvykle nemívají vztah k neurotickým poruchám v pozdějším věku. Další období, kdy dochází k nárůstu úzkostnosti, je věk kolem osmi až deseti let. Dítě v tomto věku začne plně chápat nezvratnost a univerzalitu smrti. Může vzniknout strach ze tmy (Říčan, Krejčířová, 2006). Pokud pátráme po neurotických projevech dítěte, zaměřujeme se na oblasti popsané už výše. Všímáme si také všech projevů anxiety. Dítě bývá často nejisté, dá se snadno rozrušit, nesnadno navazuje kontakt s psychologem, může působit stísněně, apaticky, má opatrné reakce. Odpovídá po dlouhých latencích, objevují se různé konfabulace, bloky, asociace, ulpívanost. Emoční problémy dítěte jsou vždy spjaté s jeho rodinou, školou a celým jeho výchovným prostředím. Problém by měl být tedy řešen komplexně (Koluchová, Morávek, 1990).

Aktuálně prožívaná úzkost a obavy může být ovlivněná celkovou úzkostností jedince, tedy jeho úzkostným laděním osobnosti. Na rozdíl od úzkosti je to jakýsi víceméně stabilní základ, který má kořeny v naší genetické výbavě a ve způsobu naší výchovy a také současného života. Úzkostnost je tvořena velkým komplexem mnoha faktorů, jakými jsou například úzkostlivá výchova, prožité trauma, absence pocitu bezpečí, přehnaná orientace na výkon, sebeidealizace, dlouhodobý stres, atd. Celkové úzkostné nastavení člověka může také určovat, jak snadno sklouzne do stavu nemoci, tedy jak snadno se u něj vyvine neurotická porucha (Janíček, 2008).

2. 1. 2. Deprese

Deprese patří podle MKN-10 mezi poruchy nálady. Najdeme ji pod označením F32 – Depresivní fáze a F33 – Periodická (rekurentní) depresivní porucha. Je to závažné psychické onemocnění. Podstatou onemocnění depresí jsou genetické dispozice, které jsme

zdědili, vulnerabilita, která vede ke změnám funkcí centrální nervové soustavy. Všechny afektivní poruchy vznikají interakcí těchto vnitřních faktorů s těmi z vnějšího okolí. Podle Boučka (2006) postihuje až 10% populace⁸. Nejčastěji se vyskytují u lidí ve věku kolem čtyřiceti až padesáti let, ale mohou se objevit v podstatě v jakémkoliv období stresu, ať už v dětství nebo až ve stáří. Deprese se vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Meier a Minirth (1998) uvádějí, že její výskyt je častější ve vyšších socioekonomických vrstvách. Naproti tomu Křivohlavý (2003) zastává názor, že depresí častěji trpí spíše chudší lidé, tedy ti z nižších socioekonomických vrstev. Každopádně je to nemoc, která zasahuje celého člověka, tedy jeho fyzický stav, psychickou kondici, jeho interpersonální vztahy i duchovní oblast jeho života. Příznaky, které jsou pro depresi typické, můžeme rozdělit do pěti hlavních kategorií. Hlavním příznakem je smutek (rozlada). Vnitřní smutné rozpoložení se odráží i na výrazu tváře a snížené péči o sebe. Častým projevem je pláč, ale můžeme vídat i úsměv, který se snaží zakrýt vnitřní pocity. Další skupinou příznaků jsou tzv. bolestné úvahy. Objevují se pocity viny, prodlévání nad starými chybami, hodně snížené sebehodnocení, pesimismus, pocity marnosti a celkový nedostatek energie a chuti do života. Další velkou skupinou jsou příznaky fyzické. Člověk trpící depresí je často pohybově inhibovaný, bez energie, cítí se unavený. Zhoršuje se kvalita spánku. Může mít problémy s usínáním, ale nejčastěji se jedná o vzbuzení časně ráno a neschopnost znovu usnout. Chuť k jídlu je depresí ovlivněna také. Někteří lidé začnou jíst příliš mnoho a přibírají na váze. Mnohem častější je ovšem ztráta chuti a následné hubnutí. U žen můžeme pozorovat změny v menstruačním cyklu, který se někdy stane nepravidelným, nebo se dokonce zastaví, a to i na měsíce. Běžným projevem je také bolest a tlak v hlavě. Ztrácí se zájem o sexuální aktivity. Čtvrtým hlavním příznakem, který se může, ale nemusí objevit je úzkost nebo rozrušení (O vztahu deprese a úzkosti bude blíže pojednáno dále v textu). Poslední skupinou příznaků, které mohou doprovázet depresi, je bludné uvažování. Objevuje se zejména u velmi silných depresí. Jsou trochu podobné bolestným úvahám, ale výrazně se liší intenzitou. Člověk začíná být mimo realitu. Mohou se objevit sluchové halucinace (Meier, Minirth, 1998). Podle charakteru převládajících příznaků můžeme rozlišovat depresi útlumovou, úzkostnou, atypickou a larvovanou. Atypická deprese se projevuje spíše opačnými vegetativními příznaky, než je běžné, a určitou odklonitelností vnějšími podněty. Larvovaná forma se zase vyznačuje hlavně tělesnými příznaky, jako únava, nechutenství, nespavost, stěhovavé bolesti atd. Závažnost příznaků nám depresivní

⁸ V primární péči je deprese rozpoznána jen v 48%. Do odborné péče psychiatra se z toho dostane jen 1/7 pacientů, zbytek je léčen pouze svým praktickým lékařem (Bouček, 2006).

potíže rozděluje na lehké, středně těžké a těžké. Je třeba také odlišovat depresi primární a sekundární. Zatímco primární deprese je jakoby jediné a hlavní onemocnění daného člověka, sekundární deprese se objevuje v návaznosti na jinou nemoc, somatickou nebo psychiatrickou (Bouček, 2006).

V dětství se deprese vyskytuje také poměrně často. Její symptomy ale nebývají úplně stejné jako u dospělých. Mnohem častěji je spojena s poruchami chování, agresivitou a s různými somatickými stesky⁹. Společné projevy deprese pro dětský i dospělý věk jsou neschopnost se radovat, pocity viny a nízké sebehodnocení, smutná, zoufalá nálada atd. Malá (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) uvádí, že deprese se vyskytuje u 1 – 8 % dětí a adolescentů. Až ve 40 % depresivních poruch v dětství a dospívání se objevují poruchy myšlení a vnímání. U třetiny depresivních dětí se vyskytují halucinace. Jsou převážně sluchové a často mají imperativní povahu. Bludy u dětí souvisí se změnou identity. V náznacích se také hodně objevují paranoidní percepce („lidé se na mě dívají, pomlouvají mě, smějí se mi...“). Na rozdíl od dospělých nekorelují tyto projevy se závažností deprese. U adolescentů je v popředí ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení až fobie, selhávání ve škole, únava, prudké kolísání nálad, nuda, anhedonie, předrážděnost, impulzivita, sebevražedné pokusy nebo nadměrná konzumace alkoholu a drog. Často se také objevuje tzv. tichá rezignace, která se projevuje zasněností, sociální izolovaností a rozladěnou náladou. Dá se ale říct, že klinický obraz deprese je v adolescenci už v podstatě shodný s projevy deprese dospělých.

Největší nebezpečí deprese se skrývá v možnosti jejího vyústění v suicidium. Bohužel právě deprese je jeho nejčastější příčinou. Uvádí se, že 10 procent lidí, kteří o sebevraždě mluví, ji nakonec spáchá. Většina se také před svým činem někomu svěří. Statistiky uvádějí, že ženy se o suicidium pokoušejí pětkrát častěji než muži. Ti ale mají na svém kontě více „úspěšných“ pokusů, což souvisí s použitím násilnějších a fatálnějších způsobů (tzv. tvrdých způsobů). V období adolescence je riziko suicidia extrémně vysoké. Stává se druhou nejčastější příčinou smrti. Častěji jde v tomto věku spíš o „volání o pomoc“ než o skutečné přání zemřít. Motivací bývají hodně problémy v interpersonálních vztazích (Meier, Minirth, 1998).

⁹ V tomto věku bývá deprese nejčastěji reakcí na ztrátu blízkého člověka nebo na jiné typy akutních nebo chronických traumatických zážitků. Říčan a Krejčířová (2006) uvádějí, že vysoká incidence deprese je zejména u dětí s poruchami učení. Pravděpodobně až 40 % těchto dětí trpí depresí, což je reakcí hlavně na opakované selhávání ve škole a hyperkritické postoje okolí.

2. 2. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

Tato kategorie, značená F90 – F98, v současné klasifikaci duševních poruch zahrnuje velké množství více či méně odlišných potíží. Jsou v ní zahrnuty Hyperkinetické poruchy (F90), Poruchy chování (F91), Smíšené poruchy chování a emocí (F92), Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93), Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94), Tikové poruchy (F95) a Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci (F98). V tomto textu se budu zabývat jen některými z nich, konkrétně většinou typů Poruch chování, to znamená kategorií F91, Depresivní poruchou chování (F92.0) a Poruchou aktivity a pozornosti (F90.0), (MKN – 10, 2006).

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizuje poruchy chování u dětí jako opakující se vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, kterým jsou porušovány sociální normy, platné pro naši společnost. Toto chování zároveň není přiměřené očekávání věku dítěte a musí trvat alespoň šest měsíců, aby mohlo být klasifikováno jako porucha. O poruše chování můžeme mluvit pouze v tom případě, že jedinec společenské normy chápe, a přesto je neakceptuje a porušuje. Důvodem může být jiná hierarchie hodnot, rozdílné osobní motivy nebo neschopnost ovládat své chování (např. hyperkinetická porucha). Jiná situace samozřejmě je, když člověk není schopen význam norem a hodnot pochopit (např. u mentální retardace nebo jedinců z jiného sociokulturního prostředí, kde existují jiné normy). V tom případě nemůžeme mluvit o poruše chování. Tato porucha je ve většině případů spojená s neadekvátním způsobem chování k lidem, které souvisí s neschopností navázat a udržet přátelské vztahy. V popředí je nedostatek empatie a egoismus, přílišná zaměřenost na sebe, na vlastní potřeby a jejich neodkladné uspokojování. Velmi často tito lidé sami nezažili pozitivní citový vztah, který by v nich empatii rozvíjel, a proto se chovají k ostatním bezohledně. Vztah pro ně má hodnotu pouze v případě, že jim aktuálně přináší nějaký užitek. Necítí vinu za nedodržování norem (Vágnerová, 2008).

Uvádí se, že poruchy chování se objevují u 10 – 20% dětí a adolescentů. Zpravidla se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek. Na poměru se jednotliví autoři neshodují. Odhady se pohybují mezi 1 : 4 až 1 : 12. Často se objevuje v souvislosti s disharmonickým rodinným prostředím (poruchy chování u rodičů, alkoholismus, nezaměstnanost, antisociální a kriminální chování rodičů, rozvody, příliš početné rodiny, striktní výchova

nebo naopak výchova bez kontroly, zanedbaná strukturace volného času apod.). Čím víc je těchto faktorů dohromady, tím větší je riziko vzniku poruchy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Neexistuje jedna příčina vzniku poruchy chování. Stejně jako spousta dalších duševních poruch se řadí mezi ty multifaktoriálně podmíněné. Faktory mohou mít biologickou nebo sociální povahu a vzájemně se ovlivňovat. Z genetických dispozic můžeme uvažovat o vlivu temperamentu dítěte. Vědci se shodují, že za rizikové faktory můžeme považovat dráždivost, impulzivitu, potřebu vyhledávat vzrušení, menší sklon k úzkostnému prožívání, což vede k snížení zábrán. Snížená je i citlivost na zpětnou vazbu od okolí, až už pozitivní nebo negativní. Z biologického hlediska může mít na vzniku poruchy vliv i narušení struktury nebo funkce CNS. Faktory, které mají původ v sociálním prostředí jedince, jsou velmi významné, a mají velký vliv. Zcela zásadní je působení rodinného prostředí. Dítěti poskytuje základní sociální zkušenost, předává hodnoty a společenské normy. Nevhodné nebo nepodnětné prostředí představuje významné riziko pro rozvoj nežádoucích způsobů chování a nepříznivých osobnostních charakteristik. Negativní působení může mít i jiná sociální skupina, například asociálně zaměřená vrstevnická skupina. Pokud ale rodina dítěti vytváří přijatelné zázemí, vliv party ani jiných lidí nebude tak silný a nebezpečný (Vágnerová, 2008).

Poruchové chování můžeme z psychologického hlediska charakterizovat odlišným emočním prožíváním, uvažováním, motivací a také odlišnou socializací, jak už bylo naznačeno výše. Přestože nemůžeme tvrdit, že nějaká určitá odchylka v emočním prožívání jednoznačně způsobuje poruchu chování, jakákoliv disharmonie v prožívaných emocích může způsobovat poněkud nestandardní reakce jedince, tedy i problémové chování. Často se v tomto případě setkáme se sklonem k negativnímu emočnímu ladění, které může být vrozené nebo vypěstované prostředím. Děti s poruchami chování tak bývají mrzuté, nespokojené, emočně napjaté a celkově více dráždivé. Sebeovládání bývá snížené, převládají impulzivní reakce. Odlišný je i jejich způsob uvažování, které následně narušuje chování. Mívají sníženou schopnost adekvátně hodnotit situace a interpretovat reakce ostatních lidí. Následně mohou reagovat nepřiměřeně a nevhodně. Důvodem může být jak biologická dispozice, tak špatná zkušenost, která je takto reagovat naučila. S narušeným hodnocením okolí souvisí i narušené hodnocení sebe sama, které se u dětí s poruchami chování pohybuje ve dvou extrémních variantách. Buď u nich převládá výrazný pocit méněcennosti, nebo naopak nadřazenosti. V asociálním chování můžeme také vidět různé druhy motivace jedince, které vedou zpravidla k uspokojení jedné z následujících potřeb:

potřeba stimulace, citové jistoty a bezpečí, seberealizace, potřeba úniku z aktuálně tíživé situace, která může člověka ohrožovat, nebo potřeba materiálních prostředků (Vágnerová, 2008).

2. 2. 1. Porucha chování ve vztahu k rodině

V MKN – 10 ji najdeme pod označením F91.0. Jedná se o poruchu, kde je v popředí disociální či agresivní chování, které je úplně nebo skoro úplně vázáno na rodinu, domov, interakce se členy nukleární rodiny nebo aktuální domácnosti. Nejde přitom pouze o chování opoziční, vzdorovité nebo rušivé, ale zahrnuje různé krádeže v domácnosti, nebo násilí vůči rodinným příslušníkům. Často bývá toto chování doprovázeno i ničením předmětů, také zacíleným na určité členy rodiny. Jedná se o různé rozbíjení hraček, trhání šatů, vyřezávání do nábytku nebo ničení jiným způsobem. Může se objevit i úmyslné zakládání ohně, ovšem omezené pouze na domov (MKN – 10, 2006). Jádrem problému bývá narušený vztah dítěte k některému z členů rodiny. Často porucha vznikne v souvislosti s rozpadem původní rodiny a příchodem nového nevlastního rodiče (Bouček, 2006). Aby mohla být tato porucha diagnostikována, musí být navíc prokázáno, že mimo rodinu jsou sociální vztahy dítěte normální, a že dítě netrpí žádnou jinou poruchou chování (MKN – 10, 2006).

2. 2. 2. Nesocializovaná porucha chování

Jedná se o poruchu chování samotářského agresivního typu (F91.1). Jde o trvalé disociální chování, kdy jedinec není zapojen do party vrstevníků. Naopak vztahy k nim jsou narušené, jedinec je často v sociální izolaci, je neoblíbený, nemá přátele. Chybí zde jakákoliv empatie, ať už k vrstevníkům, dospělým, nebo zvířatům. Vzácně může mít k někomu pozitivní vztah, obvykle ale bez důvěrnosti (MKN – 10, 2006). Typickými znaky pro tuto poruchu jsou rvačky, vydírání, neposlušnost, násilí vůči druhým, hrubost, krutost. Tyto děti utíkají v noci z domu, chodí za školu, kradou, ničí cizí majetek, zakládají ohně apod. Malá (in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) uvádí, že při hodně těžké formě poruchy se kumuluje agrese, kterou nedoprovází žádné pocity viny. Běžná jsou v tomto případě vážná ublížení na zdraví a loupežná přepadení se všemi druhy násilí. Pokud se osobnost vyvíjí disharmonicky, objevuje se často předčasná sexuální zralost, která může vyústit až ve znásilňování.

2. 2. 3. Socializovaná porucha chování

Značí se F91.2. Opět v popředí trvalé disociativní nebo agresivní chování, které odpovídá obecným kritériím pro F91. Na rozdíl od nesocializované poruchy chování je zde dobré zapojení jedince do skupiny vrstevníků, které má však většinou delikventní aktivity. Špatné vztahy jsou u těchto dětí hlavně k autoritám. S některými dospělými mohou mít dobrý vztah. Většinou je zde negativní vztah ke škole, objevují se krádeže a záškoláctví. Otevřená agrese nebývá tak častá (MKN – 10, 2006).

2. 2. 4. Depresivní porucha chování

Depresivní porucha chování (F92.0) zahrnuje kombinaci poruchy chování se začátkem v dětství nebo v adolescenci – F91 a depresivní poruchy – F30 – F39. Platí výše popsaná specifika projevů poruch chování, k nimž se přidává trvalá depresivní nálada. Dítě je často smutné, bez zájmu, mívá pocity viny a beznaděje. Mohou se objevit i somatické příznaky deprese - viz kapitola 2. 1. 2. na straně X (MKN – 10, 2006).

2. 2. 5. Porucha aktivity a pozornosti

Porucha aktivity a pozornosti (F90.0) patří do skupiny Hyperkinetických poruch (F90). Charakteristické je pro ni nadměrně aktivní, špatně ovladatelné chování a výrazná nepozornost, která dítěti brání v dlouhodobějším soustředění a udržování pozornosti¹⁰. Porucha aktivity a pozornosti vylučuje projevy chování charakterizující kritéria pro poruchy chování (MKN – 10, 2006).

Jestliže jsou poruchy chování definované mimo jiné jako porušování sociálního očekávání přiměřeného věku, měli bychom brát při posuzování chování dítěte v úvahu vývojové hledisko. V předškolním věku nemají děti ještě pevně vytvořené morální zásady. Většinu lží a krádeží bychom tedy neměli zatím posuzovat jako poruchu chování. O té mluvíme, až na výjimky, od středního školního věku dítěte (Říčan, Krejčířová, 2006).

Specifické problémy nastávají v období dospívání, kdy začíná vzrůstat kritičnost k normám společnosti. Zvyšuje se riziko experimentování a vzrůstá potřeba dokazovat si nezávislost. Mnohé projevy chování, které bychom označili za poruchové, souvisí s hledáním vlastní identity a s testováním hranic (Vágnerová, 2008).

¹⁰ Nejčastější komplikací při hyperkinetických poruchách je vznik poruch chování. Děje se tak až v 75 % případů. Pravděpodobně má tento jev souvislost s rozvojem negativního sebevědomí u hyperkinetických dětí (Bouček, 2006).

2. 3. Mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti“ (Krch, 1999, str. 14).

Mentální anorexie se podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) řadí mezi Poruchy příjmu potravy, a to pod označení F50.0. Do této kategorie (F50) patří spolu s ní i mentální bulimie. A také některé méně specifické klinické poruchy jako je nadměrné přejídání a zvracení, pokud ovšem souvisejí s psychickými poruchami.

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) patří mezi klasické případy bio – psycho-sociálního onemocnění. Poprvé byla Mentální anorexie popsána už v roce 1868. Nejčastěji se vyskytuje u dospívajících dívek a žen v mladém věku. U chlapců se vyskytuje poměrně méně často. Bouček (2006) uvádí, že poměr muži:ženy se pohybuje mezi 1 : 10 – 1 : 20. Onemocnění propuká nejčastěji v době, kdy se začínou objevovat sekundární pohlavní znaky, tedy v pubertě a adolescenci. Dívka v této době dojde k názoru, že je příliš silná, a začne držet dietu. Někdy může být spouštěčem i nevhodný výrok okolí o jejím vzhledu. Výjimkou není ani nějaká zátěžová situace v životě dívky, jako rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby, po které nemoc propuká. Tato nemoc nemá jednu konkrétní příčinu, kterou bychom mohli určit. Je to souhra určitých vrozených dispozic a zátěžových vlivů. K dietě, která se postupem času stává čím dál přísnější a drastičtější, se často podle Krcha (1999) přidává zneužívání diuretik (léky odvodňující organismus), laxativ (projímadel) a anorektik (léky snižující chuť k jídlu). Běžné je i excesivní cvičení, které má až nutkavý charakter. Někdy se může přidávat i vyvolávané zvracení, které je však typičtější pro Mentální bulimii. Anorexie je spojena i se změnami psychickými a sociálními. Průvodním příznakem nemoci je narušené vnímání těla. Dívka má i přes extrémní vyhublost pocit, že je příliš silná, což ji nutí pokračovat v přísných dietetických opatřeních. Zaujetí jídlem a péčí o svou váhu se stává hlavní náplní dne a má za následek stažení se ze sociálních kontaktů a volnočasových aktivit. Uvádí se, že lidé trpící PPP mohou strávit jídelními problémy a potížemi až 85% času (Kocourková, 1997). Zároveň je častá velká cílevědomost a orientace na výkon, zejména ve školní (pracovní) oblasti. Bouček (2006) se domnívá, že anorexie může vyjadřovat volání po autonomii a nezávislosti. Dívka, která je – zejména v období dospívání - ještě nevyzrálá a nesamostatná, může potřebu svobodného rozhodování sama o sobě demonstrovat právě rozhodováním o množství jídla, které přijme. Prostřednictvím této sebekontroly získává pocit sebeúcty a sebevědomí, který neumí získat jinak. Na druhou stranu může být Mentální anorexie vyjádřením právě

strachu z dospělosti. Dívka může mít velké obavy z nové zodpovědnosti a úkolů, které s dospíváním přicházejí. Extrémní vyhublost, postava, která působí dětsky, může vyjadřovat pocit neschopnosti být samostatný, a pocit dětskosti, ke kterému se váže potřeba péče. Ať už je příčina jakákoliv, důležité je, že Mentální anorexie je nemoc ego-syntonní, to znamená, že pacientce zcela vyhovuje. Alespoň ze začátku. Je hrdá na své sebeovládání a pevnou vůli, díky kterým si je schopná udržet nízkou hmotnost. Bez této kontroly by se cítila velmi nejistě a bezradně. „*Tam, kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality nebo prosté pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující a asketické chování*“ (Kocourková, 1997, in Vágnerová, 2008, str. 463).

Abychom mohli s jistotou určit diagnózu, musí být splněna následující kritéria podle MKN-10. Pacient si udržuje tělesnou váhu nejméně 15% pod předpokládanou hmotností. Nezáleží na tom, jestli byla snížena, nebo jí nikdy nebylo dosaženo. Světová zdravotnická organizace (WHO) určila pro Mentální anorexiu hranici právě 17,5 BMI¹¹ a při kritické hodnotě 13,5 už je třeba zvažovat hospitalizaci. Další důležitou podmínkou je, že si snižování váhy pacient způsobuje sám, a to výše uvedenými způsoby. Je přítomná také specifická psychopatologie v podobě přetrvávajícího strachu z tloušťky a narušeného tělesného obrazu. Tyto představy jsou vtíravé a ovládací, pacient bere snižování váhy jako povinnost. Dále se objevuje rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea a u mužů jako ztráta potence a sexuálního zájmu. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu a kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky od normy ve vylučování inzulinu. Pokud nemoc propukne před začátkem puberty, její projevy jako je růst do výšky, vývoj sekundárních pohlavních znaků apod. jsou opožděné nebo dokonce zcela zastavené (MKN-10, 2006).

Můžeme rozlišovat dvě základní formy Mentální anorexie:

- Restriktivní typ je charakterizovaný významným omezením příjmu potravy. V extrémní podobě může jít až o těžké hladovění, včetně omezení příjmu tekutin. Současně je přítomno excesivní, ritualizované cvičení.
- Pro purgativní (bulimický) formu je typické, že u jedince dochází během omezování příjmu jídla k záchvatům přejídání, které jsou vzápětí kompenzovány zvracením,

¹¹ BMI (Body mass index) je index tělesné hmotnosti, který se získá podílem váhy v kilogramech a druhé mocniny výšky člověka v metrech. Hodnota, která je považována za normální, se u žen pohybuje mezi 20 – 24, a u mužů mezi 21 – 25.

eventuálně jiným způsobem - laxativa, excesivní cvičení. Klinický obraz nese určitou podobnost s bulimií (Bouček, 2006).

Osobnostní vývoj dívky je dáván do souvislosti s raným vztahem k její matce. Přestože navenek matka budoucí mentální anorektičky pečuje o dítě dobře, není dostatečně schopná empaticky reagovat na potřeby kojence. Dítě také dále selhává ve fázi znovupřiblížení kolem 18. měsíce věku, kdy vzdalování od matky pociťuje jako opuštění a není schopné rozvíjet bezpečnou autonomní exploraci světa. Selhávání v separačně – individuálním procesu způsobí, že s matkou zůstává stále v závisle hostilní pozici a není schopno se osamostatnit. Dívka trpící mentální anorexií má navenek těsný a idealizovaný vztah k matce, musí ji ale kontrolovat a ovládat přes restriktivní anorektické chování. Pacienti s mentální anorexií prožívají dospívání celkově jako velmi obtížné období. Můžeme dokonce pomýšlet na význam adolescence jako spouštěcího faktoru. Zvýšená kontrola chování, omezování jídla a ovládání pocitu hladu symbolicky vyjadřuje potřebu kontroly a ovládání intrapsychického a interpersonálního prostoru (Kocourková, 1997). Přes řadu výzkumů se zatím nepodařilo určit nějaké pro PPP příznačné rodiny nebo vzorce rodinných vztahů. Nejčastěji však bývá s jejím výskytem dávána do souvislosti nadváha nebo nevhodné jídelní a pohybové návyky v rodině, a také nadměrně kritický nebo jinak extrémní komentář, který se týká tělesného vzhledu, jídla a hmotnosti. Rodina má také velký význam při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle (Krch, 2006).

O Mentální anorexii panuje obecně představa, že je to porucha způsobená především narušeným způsobem vnímání vlastního těla. Mnoho odborníků soudí, že tyto dívky vnímají chybně velikost své postavy a mají tendence ji přehnaně nadhodnocovat. Některé studie ukázaly (například Thompson et al., 1990, in Grogan, 2000), že svou velikost nenadsazují o nic víc než „normální“ ženy. Srovnání výsledků obou skupin doložilo, že přehánějí svou velikost ve stejné míře, což nutí k závěru, že Mentální anorexie pravděpodobně není důsledkem nedostatku ve vnímání těla (Grogan, 2000).

Zajímavé výsledky přinesla také studie z roku 2004, jejímiž autory jsou Uher, Pavlová, Probst, Yamamotová a Papežová, která zkoumala vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace u poruch příjmu potravy. Vědci předpokládali, že u pacientek s PPP je somatoformní disociace spojena s narušeným postojem k vlastnímu tělu, především s pocitem odcizení vlastního těla. PPP mají s konverzními poruchami několik společných rysů. Časté je zneužívání v dětství. Běžnou součástí klinického obrazu je u obou také výskyt sebepoškozování. Disociativní projevy jsou časté u PPP a naopak. K testování

hypotézy byl použit Test vztahu k vlastnímu tělu (Body Attitude Test; BAT). Obsahuje tři škály – 1) škála negativního sebehodnocení rozměrů vlastního těla, 2) škála pocitu odcizení vlastního těla, 3) škála obecné nespokojenosti s vlastním tělem. Dotazník dobře diskriminuje mezi zdravými osobami a osobami trpícími PPP. Výzkumný soubor tvořilo 57 pacientek hospitalizovaných na specializované jednotce pro PPP fakultní nemocnice 1. lékařské fakulty v Praze a 39 zdravých žen kontrolní skupiny. Bylo zjištěno, že u žen s mentální anorexií a bulimií se příznaky somatoformní disociace objevují významně častěji. To je v souladu s výchozí hypotézou spojováno se závažným narušením vztahu ke svému tělu, konkrétně nejvíce s 2. škálou BAT, tedy s pocitem odcizení vlastního těla. Tato škála se ukázala jako nejvhodnější k odlišení pacientek s PPP od zdravé populace. Zjištěné závěry odpovídají spíše staršímu pojetí poruchy k vlastnímu tělu Hilde Bruch z roku 1973. Podle ní zahrnuje koncept „body image“ nejen představu o rozměrech a tvaru vlastního těla a s ní spojené emoční hodnocení. Důležitý je podle této autorky také pocit (ztráty) kontroly nad tělesnými funkcemi a náležitostmi těla. Tato studie dochází k závěru, že právě tento poslední aspekt vztahu k vlastnímu tělu je patognomickým rysem poruch příjmu potravy (Uher, Pavlová, Probst, Yamamotová, Papežová, 2004).

Nejčastěji se u poruch příjmu potravy uplatňuje interpersonální terapie, kognitivně – behaviorální a behaviorální terapie, rodinná terapie a farmakoterapie.

Adámková a Hátlová uveřejnily v roce 2009 studii, která se zabývá souhrnem všech pohybových a na tělo zaměřených terapeutických technik, které se u pacientů s poruchami příjmu potravy uplatňují (do roku 2008). Jako ty nejznámější můžeme zmínit tanečně pohybovou terapii, kinezioterapii, různé masážní techniky. Největší problém při používání těchto na tělo orientovaných technik spatřují autorky v silném zájmu až závislosti na pohybu a cvičení, které je typické právě pro mentální anorexii. Zároveň v tom ale vidí i možnost prevence relapsu onemocnění (Adámková, Hátlová, 2009).

2. 4. Záměrné sebepoškozování

„Jako sebepoškozování (dále jen SP) se v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, a které lze nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a chronický stres“ (Platznerová, 2009, str. 11).

Podle základních charakteristik můžeme sebepoškozování rozdělit do tří velkých kategorií. Tou první je **závažná automutilace**, která je nejméně častou formou, a svou povahou i nejextrémnější. Jedná se o akt ublížení na zdraví, jehož výsledkem je poškození

velkého objemu tkáně. Typickým příkladem je kastrace nebo amputace končetiny. Tento typ sebepoškození bývá nejčastěji spojován s psychotickými stavy nebo stavy akutní intoxikace. Druhým typem je tzv. **stereotypní automutilace**. Jsou to fixované, často rytmické vzorce chování, které můžeme nejčastěji vidět u mentálně retardovaných lidí, nebo třeba u autistů, psychotiků, lidí s Tourettovým syndromem atd. Nejčastější je bušení hlavou, stlačování očních bulv a různé kousání částí těla. Do třetí skupiny podle této klasifikace patří **povrchová nebo mírná automutilace**, někdy také sebepoškozování v užším slova smyslu. Tato forma se vyskytuje nejčastěji a málokdy je fatální. Můžeme ji dále dělit na kompulzivní a impulzivní SP. **Kompulzivní forma** má jiné kořeny a plní jiné funkce než impulzivní SP. Má blízko k obsedantně-kompulzivní poruše. **Impulzivní** akty se objevují bez předchozího promyšlení. Je to okamžitá reakce na emoční spouštěč. Jejich epizodická povaha se často mění na repetitivní. Dále se v textu budu zabývat pouze touto poslední formou a vycházet z definice sebepoškození jako lehkého nebo středně těžkého stupně zranění povrchu těla (Platznerová, 2009). Udává se, že v posledních dvaceti letech vzrostl výskyt sebepoškozování až o 250%. Bývá tak nazýváno „*novou patologií současnosti*“. Tento nárůst významně souvisí právě s impulzivní formou sebepoškozování (Ryšánková, 2008).

Příčiny pro takovéto jednání mohou být nejrůznější, ve hře je spousta psychických ale i biologických faktorů (např. serotoninergní dysfunkce – in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000). Velmi často objevíme v minulosti trauma - sexuální, fyzické nebo emocionální zneužívání v dětském věku¹². Následkem toho pak dotyčný prožívá pocity nedostatečného sebehodnocení, sebenenávisti, viny, studu a potřeby být trestán. Svou bolest a utrpení neumí zvládat jiným způsobem, a tak dojde ke zraňování vlastního těla (Nasser, Baistow, Treasure, 2007). Hodně lidí, kteří se pořezávají, má sadomasochistické fantazie. Předpokládá se, že byli v dětství svými rodiči fyzicky trestáni. Sebezraňováním opakují a znovuprožívají deformované vztahy s těmito rodiči. Při samotném aktu sebepoškozování mohou pociťovat určitou sebekontrolu a pocit uklidnění, který se dostaví s krvácením rány (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

¹² Kriegelová ve své publikaci uvádí procentuální zastoupení kauzálních faktorů záměrného sebepoškozování podle Arnoldové, z roku 1995. Sexuální zneužívání v dětství – 49 %; zanedbávající rodičovská péče – 49 %; emocionální zneužívání v dětství – 43 %; nedostatečná komunikace mezi členy rodiny – 27 %; fyzické zneužívání v dětství – 25 %; ztráta pečující osoby nebo časná separace – 25 %; dlouhodobé fyzické nebo duševní onemocnění primárně pečující osoby – 17 %; jiné nepříjemné zážitky z dětství a formy časné deprivace – 19 % (Kriegelová, 2008, str. 82).

Sebepoškozující chování začíná obvykle v období adolescence a mladé dospělosti. Průběh bývá chronický a kolísavý. Genderové rozdíly ve výskytu záměrného sebepoškozování jsou tématem mnoha studií. Většina z nich se shoduje na názoru, že ženy se sebepoškozují častěji než muži. Například studie Hawtona z roku 2002 uvádí třikrát více žen, Nicholsonová uvádí 85 – 97 % žen (2000, in Kriegelová, 2008), Ross a Heath 64 % (2002, in Kriegelová, 2008). Dá se ovšem uvažovat o procentuálním nadhodnocování, a to hlavně z důvodu častějšího vyhledání odborné pomoci u žen. Některé studie vykazují větší zastoupení mužů, prokazatelné je však pouze ve vězeňském prostředí (Kriegelová, 2008). Z hlediska věku se sebepoškozování objevuje nejčastěji v adolescenci. Začátek se posouvá stále k nižší věkové hranici. Podle Suttonové (1999, in Kriegelová, 2008) došlo u 27 % dětí k první epizodě již mezi 5 – 12 lety. Předpokládá se, že neschopnost regulovat silné emoce adekvátním způsobem je jedním z významných faktorů vzniku záměrného sebepoškozování právě v adolescenci. Může jít i o snahu zranitelného a emocemi zahlceného dospívajícího adaptovat se na stresovou situaci. Frekvence se stupňuje do dvaceti let, často mizí kolem třiceti. Ve starší dospělosti je prevalence nižší, často jsou ale důsledky fatálnější (Kriegelová, 2008).

V mnoha případech se záměrné sebepoškozování nevyskytuje samostatně. U některých duševních poruch se vyskytuje výrazně častěji než u jiných. V takovém případě mluvíme o psychiatrické komorbiditě, tedy výskytu dvou nebo více psychických poruch u jednoho jedince. Záměrné sebepoškozování můžeme nalézt u jedinců trpících disociační poruchou, velmi často u poruch příjmu potravy, u obsedantně-kompulzivní poruchy. Z afektivních poruch je jeho výskyt nejčastější u depresivní epizody. Objevuje se také u posttraumatické stresové poruchy a jiných úzkostných poruch. Diferenciálně diagnosticky musíme odlišit především psychotické automutilace, které bývají velmi drastické, často zaměřené na genitál jedince. Vzácně se také můžeme setkat s transsexuálně nebo masochisticky motivovanou automutilací. Také mentálně retardovaní se mohou dopouštět sebepoškozování (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Metody záměrného sebepoškozování jsou velmi rozmanité a záleží snad pouze na fantazii jedince. Obecně je můžeme rozdělit na sebezraňování a sebetrávení. Nejznámějšími a nejčastějšími metodami jsou řezání, pálení a škrábání kůže, také různé propichování, kousání, vkládání ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů, vytrhávání vlasů, obočí, řas, zabraňování průtoku krve nebo i narušování léčebného procesu starších zranění. Z nástrojů jsou nejčastěji používány žiletky k sebeřezání a cigarety a zapalovače k sebebálení. K sebetrávení jsou používány nejrůznější léky. Spousta

jedinců je ovšem v krizi schopná použít prakticky cokoliv, co je po ruce a splní svůj účel (Kriegelová, 2008).

Při vzniku sebepoškozování jsou velmi významnými faktory individuální motivace jedince a psychologická funkce. Protože je akt sebepoškození intimní záležitostí a postižený se ho dlouho snaží utajit, existuje velká variabilita v motivaci a funkci, které plní. Funkcemi impulzivního sebepoškozování se zabývala ve svém článku například MUDr. Ryšánková (2008). Píše, že: „*Sebepoškozování není o ukončení života, ale o zmírnění psychického stresu. Je často sice sebedestruktivním, ale podivně funkčním adaptačním mechanismem.*“ Suttonová (2005, in Kriegelová, 2008) vytvořila funkční model záměrného sebepoškozování, tzv. 8C záměrného sebepoškozování (The eight Cs of self-Injury). Popisuje osm hlavních a nejčastějších funkcí, které toto zdánlivě nepochopitelné chování má. První je funkce **copingové strategie** („Coping and crisis intervention“) zvládání zátěže. Hlavním cílem je okamžitě uvolnit přílišnou tenzi. Druhou funkcí je **zvládání silných emocí a regulace psychické tenze** („Calming and comforting“). Další je **kontrola nad vlastním tělem** („Control“), kdy se dostavuje pocit síly a moci nad sebou. Čtvrtou funkcí je podle Suttonové **očištění** („Cleansing“). Lidé, kteří v minulosti prožili sexuální zneužívání nebo znásilnění, popisují často, že se cítí „špinaví“. Sebepoškozování pak může sloužit jako sebeočištění. U disociativních stavů může sloužit sebepoškozování k **potvrzení existence** („Confirmation of existence“). Šestá „C“ je **navození utěšujících pocitů otupělosti** („Creating comfortable numbness“). Jedná se o únik z reality, navození stavu podobnému tomu disociativnímu. Další funkcí je **sebetrestání** („Chastisement“), kdy je jedinec zmítám pocity sebenenávisti, viny, studu, což vede až k potřebě potrestat sám sebe. Osmou funkcí je **komunikace**, způsob vyjádření vnitřních prožitků („Communication“).

Pochopení funkce nebo i více funkcí, které pro jedince záměrné sebepoškozování má, je základním předpokladem pro následnou léčbu. Ta je často zdlouhavá a výsledky jsou proměnlivé. Velmi záleží na motivaci jedince a na závažnosti jeho zdravotního stavu co se týče přidružených psychických poruch.

2. 5. Sexuální zneužívání dětí

Téma sexuálního zneužívání dětí se v posledních několika letech stalo často diskutovaným jak odborníky, tak i laickou veřejností. *Národní centrum pro zneužívané a zanedbávané děti* definuje sexuální zneužití takto: „*Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.*“ (Mufsonová, Kranzová, 1996). Správné pochopení a řešení tohoto závažného problému vyžaduje interdisciplinární přístup. To znamená spolupráci odborníků z různých oblastí, jako jsou sociální pracovníci, pediatři, psychologové, psychiatři a také odborníci z oblastí legislativy, státní správy a soudnictví (Říčan, Krejčířová, 2006).

Sexuální zneužívání můžeme rozdělit na kontaktní a nekontaktní (v některých publikacích se můžeme setkat též s označením dotykové a bezdotykové). Mezi nekontaktní řadíme voyerismus (pozorování nahého nebo svlékajícího se dítěte doprovázené sexuálním vzrušením); verbální sexuální návrhy; setkání s exhibicionistou (když před dítětem někdo odhalí pohlavní orgány, eventuálně masturbuje); účast na sexuálních aktivitách, kdy nedochází k tělesnému kontaktu (např. pokud někdo nutí dítě masturbovat, nebo vystavování dítěte pornografickým videozáznamům); atd. Mezi kontaktní zneužívání patří dotýkání se; mazlení na genitálu nebo prsou (i přes oblečení); jakýkoliv kontakt úst a genitálií a tzv. penetrativní aktivity (proniknutí do genitálu – prsty, předměty). Za nejzávažnější je považována soulož - koitus. Výčet není kompletní – záleží na konkrétní situaci (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Protože je pohlavní zneužívání hodně široký pojem, vybrala jsem si pro svou práci jen jednu jeho část, a tou je sexuální zneužívání dítěte v rodině. Pro většinu z nás rodina představuje oázu klidu v dnešním „šíleném“ životním tempu. Znamená lidi, kteří nás milují a chrání, s kterými se podílíme na vytváření domova – místa, kde se cítíme v bezpečí. Pro spoustu dětí je tato definice samozřejmostí, ale některé takové štěstí nemají. V tomto případě je normální láskyplný vztah nahrazený sexuálními reakcemi, rodina ztrácí ochrannou funkci, pocit bezpečí nahrazuje bezmoc (Bentovim, 2000).

Co je charakteristické pro rodiny, v kterých dochází k sexuálnímu zneužívání? Taková rodina je sociálně izolovaná, rodiče nemají moc přátel a nevyhledávají téměř žádné extrafamiliární kontakty. Normální citové vazby jsou narušené, rodinným příslušníkům chybí empatie, a tím dochází k narušení komunikace. Spontánní emoční projevy jsou

potlačované. Generační hranice se stírají, nejsou jasně vymezené role, a to způsobuje, že dítě nemá dostatečnou ochranu a podporu. Statistiky uvádějí, že zneužívání v rodinách má většinou dlouhodobý charakter. Může to být způsobeno tím, že k rozhodnutí požádat o psychologickou pomoc pro dítě dochází obvykle v rodině. Právě ta může nejdříve rozpoznat, že má dítě nějaký problém, a rozhodnout, že potřebuje odbornou pomoc. Tohle pro incestní rodiny neplatí. Její členové se naopak snaží udržet celou záležitost v tajnosti. Proto dochází k již zmíněné sociální izolaci a tím pádem i k možnosti sexuální zneužití opakovat. Děti z těchto rodin jsou obvykle doporučeny do terapie, až když je zneužívání odhaleno, nebo při nějak znepokojivém chování. Proto se jen velmi zřídka stane, aby bylo sexuální zneužití dítěte pro terapeuta, který s ním pracuje, úplným překvapením. (Lanyadoová, Horneyová, 2005).

Proč vůbec dochází k incestu? Souvisí s pedofilií, nebo ho zapříčiňuje něco jiného? Někteří badatelé si však položili opačnou otázku. Proč není incest běžnou záležitostí? Odpovědí je tzv. Westermarckův efekt, pojmenovaný po svém finském objeviteli. Jedná se o vývojem vzniklý mechanismus, který způsobuje nezájem (až averzi) o sexuální styk s blízkými příbuznými. Hlavním důvodem je špatný vliv na genetickou kvalitu potomstva. (Weiss, 2005). A co se týče pedofilie, ta je u pachatelů incestního činu velice vzácná. Podle MKN-10 je pedofilie řazena mezi poruchy sexuální preference. Jedná se o zaměření na děti, nejčastěji prepubertálního, nebo časného pubertálního věku. Najdeme ji u obou pohlaví. Pedofilii trpí asi 1 – 2% populace. Výběr partnerů může být jak heterosexuální tak homosexuální (Hartl, Hartlová, 2004).

Podle Weisse (2005) je ale zneužívání vlastního dítěte projevem jiné než sexuální patologie. Jedná se o poruchy osobnosti nebo o patologii rodinných vztahů. Právě pedofilové se obvykle na vlastních dětech sexuálního zneužití nedopouštějí.

Trauma způsobené zneužitím, může narušit normální vývoj dítěte. Může poškodit vývoj sexuální role, osobní identity a schopnosti intimních vazeb. Rozsah traumatizace můžeme určit podle míry čtyř faktorů, které popsal Finhelhor Jsou jimi: traumatická sexualizace, bezmocnost, stigmatizace a zklamání (Říčan, Krejčířová, 2006). Pokud dojde při zneužití k tělesnému kontaktu, jsou následky traumatictější. Největší škody způsobuje zneužití s penetrací a opakované zneužívání po dlouhou dobu. Obecně můžeme říct, že čím bližší je dítěti osoba, která se dopustila zneužití, tím vážnější následky to dítěti způsobí (Malá, Raboch, Sovák, 1995).

„Problémy s chováním se u zneužitých dětí manifestují interně nebo externě“ (Weiss, 2005, str. 93). Děti, které mají sklon spíše k internalizovanému chování, se uzavírají před

světem, snaží se izolovat, jsou málo komunikativní a úzkostné. Identifikují se s rolí oběti. Často mají somatické potíže, jako jsou bolesti hlavy, žaludku. Hlavně u dívek se objevují i poruchy příjmu potravy. Externalizované chování se projevuje častěji u chlapců. Takovéto děti jsou agresivní, hostilní, násilnické. Provokují své okolí, objevuje se u nich sexualizované chování. Identifikují se spíše s rolí násilníka. Časté jsou i poruchy spánku, potíže s učením, útky z domova atd. Bohužel se objevuje i drogová závislost a pokusy o sebevraždu (Weiss, 2005).

Ráda bych se ještě zmínila o jednom konkrétním problému této tematiky, a tím jsou falešná obvinění. Nejčastěji se vyskytují při sporu o přidělení dítěte do péče po rozvodu. Někdy se to označuje jako tzv. SAID (sexual allegation in divorce), tedy Syndrom sexuálního obvinění během rozvodu. Většinou jde o manipulaci dítětem jedním z rodičů (nejčastěji matkou), který ho chce získat do své péče. Takové dítě nemá problém s potvrzením sexuálního zneužívání, nebývá úzkostné a často je o této problematice dobře informované – používá při výpovědi i odborné výrazy. Falešná obvinění pocházející od samotných dětí nejsou častá. Děti většinou nechtějí naschvál přidělovat rodičům starosti. Četnost výskytu se zvyšuje až u dospívajících. Literatura uvádí, že falešná obvinění zahrnují 2 – 8% ze všech ohlášených případů. Mnohem častější jsou bohužel falešná odvolání nebo přemístění obvinění na někoho jiného (někdy i na samotného terapeuta). Falešné popření můžeme nazvat také syndromem dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. Jeho hlavními příčinami bývají pocity studu, strachu, zklamání a také pocit viny za rozpad rodiny. Pro výsledek vyšetření je proto důležité, aby bylo postupováno objektivně a bez předsudků. Nemělo by docházet k předčasnému přesvědčení o tom, jestli dítě bylo nebo nebylo zneužito. (Lanyadoová, Horneyová, 2005).

3. POHYB JAKO TERAPEUTICKÝ PROSTŘEDEK

„Pohyb je běžný a tvarově nejzajímavější, vnější projev lidského těla, krása pohybu je nekonečná ve své variabilitě, kdy jedinec dokáže schopnost přizpůsobit se dané objektivní skutečnosti“ (Jebavá, 1998, str. 9).

Pohyb chápeme jako změnu místa nebo polohy těla. Pohybová činnost je přirozená vlastnost živých organismů. U člověka a zvířat se s pohybem pojí emoční doprovod, prožívání, které je dáno vztahem mezi objektem a subjektem. Lidský pohyb je tedy složený jednak z pohybu těla, a také z myšlení, cítění a vůle. Podle Patočky (1996, in Hátlová, 2003) je pohyb totožný s celým životem člověka. Výzkumy, které se zabývaly pozorováním lidského pohybu a jeho výrazové a emocionální kvality dokázaly, že člověk je charakterizovaný vztahem mezi emocí, kterou právě prožívá, a prováděným pohybem (Hátlová, 2003).

Vliv pohybové aktivity na somatopsychický stav člověka je vědou obecně akceptovaný. Ať už se jedná o rozvoj intelektových schopností v raném dětství, rozvoj dovedností, formování osobnosti v době dospívání nebo třeba psychoaktivizující efekt ve stáří, všude hraje pohyb svou roli. Pohyb má velký význam při uspokojování vlastních potřeb a při vzájemném dorozumívání. Nesmíme samozřejmě zapomínat ani na zdravotní terapeutické účinky pohybu na tělesný stav člověka. Pohyb nám dává informace o dění uvnitř našeho těla, třeba o stavu vnitřních orgánů. Analýzou pohybového projevu člověka můžeme vytvářet hypotézu o jeho aktuálním tělesném a duševním stavu. Hátlová (2003) uvádí, že: *„V držení postavy se objevuje i informace o ladění emočního mozku.“* Například při depresi je držení těla ochablé s tendencí do flexe. Význam fyzické aktivity je při léčbě deprese prokazatelný. Při této nemoci dochází k utlumení metabolismu, apatii. Člověk se uzavírá do sebe. Tělesná aktivita vede k celkové větší aktivovanosti člověka trpícího depresí a pomáhá mu tak s touto nemocí bojovat. Naopak různá relaxační cvičení, která spíše utlumují aktivitu, a nejsou tím pádem pro léčbu deprese přínosná, snižují úzkostné ladění. Pohybové aktivity obecně mají podle výsledků různých studií krátkodobý i dlouhodobý vliv na psychickou pohodu. Pozitivní účinky mají na sebeúctu jedince, již zmiňovanou úzkost a depresi¹³, na percepci stresu, přijetí sebe sama, pozitivní vnímání vlastního „Já“, zlepšení kvality spánku, nebo třeba na zmírnění fobií. Příznivě ovlivňují i

¹³ Hátlová (2003) také uvádí, že pro nemocné s depresivní a anxiózní symptomatikou, která je často doprovázena pocitem nejistoty a strachu, se osvědčilo cvičení s hudbou, jejímž rytmu mohou nemocní podřídit své pohyby.

mentální funkce. Dlouhodobý vliv na psychiku člověka ovšem má jen aktivita, která je prováděna pravidelně a dlouhodobě (Hátlová, 2003).

Specifickou pohybovou aktivitou člověka je tanec. Je to umění, ve kterém je výrazně dominantní lidské tělo, ale odhaluje především citový stav jedince. Tělo a gesta sloužily už od počátků lidské civilizace jako jeden z nejtypičtějších prostředků vyjádření, sebeznanění a seberealizace. S tancem a kreativním pohybem je spojena spousta prastarých rituálů a obřadů. Vyjádření pocitů je při tanci bezprostřední, dovoluje dát okamžitě neverbálním způsobem najevo právě prožívané emoce. Podle Jebavé (1998) lze prostřednictvím estetických pohybů těla, jakými tanec je, hledat osobité ztvárnění sebe sama. Tanec vede k harmonii a rovnováze mezi fyzickou a psychickou částí člověka. V tom je hlavní síla tance, a proto je využíván i k terapeutickým účelům.

Je důležité rozlišovat tanec jako umění a tanec jako terapeutický pohyb. Pokud jde o tanec v uměleckém slova smyslu, je jeho cílem pravděpodobně vystoupení, procvičování a výuka. Pro terapeutické účely se s tancem pracuje jen jako s pohybem. Nebere se zde většinou ohled na estetickou stránku tance a správnost prováděných pohybů. Jeho podstatou je zde psychologické, sociologické a historické hledisko pohybu a silné spojení mezi pohybem a emocemi (Payneová, 1999). Existuje také rozdíl mezi terapeutickým tancem a tanečně pohybovou terapií. Terapeutický tanec pracuje a využívá jen pozitivní přínos tance pro psychický stav jedince. Terapie pracuje víc do hloubky a hlavně i s nepříjemnými a závažnými tématy.

To, jakou roli hraje pohybová aktivita v léčbě psychických onemocnění, zejména deprese a úzkosti, uvádí například Pastucha (2007). Opírá se o výsledky mnoha studií na toto téma. Přestože mechanismus působení cvičení na psychický stav člověka nebyl dosud objasněn, pravděpodobně se jedná o biologické faktory v kombinaci s kognitivně behaviorálním předpokladem, že dochází k transformaci maladaptivního kognitivního nastavení. Studie provedená na Psychiatrické klinice v Olomouci přinesla zajímavé výsledky. Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami pacientů, hospitalizovaných pro depresivní poruchu. První skupina 22 lidí absolvovala běžnou farmakoterapii a kognitivně behaviorální terapii, zatímco druhá skupina navíc prováděla pravidelnou pohybovou aktivitu. Porovnání výsledků ukázalo téměř identické výsledky při použití škály HAMD. Naopak při použití Beckova dotazníku deprese bylo patrné vysoce signifikantní zlepšení u skupiny s pohybovou aktivitou. Rozpor autoři studie vysvětlují krátkodobým působením fyzické aktivity. Na škále BDI byla změna způsobena pravděpodobně kognitivními faktory, což by potvrzovalo výše uvedené psychologické faktory, odpovídající za účinnost

pohybové terapie. Z práce tak vyplývá, že pravidelná pohybová aktivita je vhodnou doplňkovou léčbou depresivních a úzkostných potíží (a nejen jich). Aby ale bylo dosaženo pozitivního efektu, musí být dodržované určité parametry pohybové aktivity (intenzita, frekvence, délka trvání). Autoři pro terapeutický účinek stanovili minimální dobu věnování se pohybové aktivitě 10 – 12 týdnů. Z dlouhodobého hlediska je v některých případech možné takto předcházet relapsu psychických potíží (Pastucha, 2007).

Jiné studie zase prokázaly vztah mezi nespokojeným body image, sebehodnocením a prováděním cvičení. Pohybové aktivity mají zmírňující efekt na negativní sebehodnocení, nespokojenost s tělem a sociální úzkost, spojenou s reakcemi okolí na fyzický vzhled u žen (Koyuncu, Tok, Canpolat, Catikkas, 2010).

Výzkumy přímo v oblasti břišního tance zatím nejsou tak časté. Zkoumána byla osobnost břišních tanečnic v závislosti na volbě tanečního oblečení (Deppe, M. A., 2010). Některé práce se zaměřují na vztah břišního tance a celkového sebehodnocení žen. Například výzkumná práce Hilary Giovale (2007) dává tento tanec do souvislosti s vyšším sebevědomím ženy, přijetím vlastního těla a celkovou větší jistotou a spokojeností.

4. BŘIŠNÍ TANEC

4. 1. Původ břišního tance

Břišní tanec je spojen s mnoha kulturami, takže je velmi obtížné přesně určit jeho kořeny. Historikové tance spojují jeho vznik s rituálním tancem ve starověku, který sloužil k usnadňování porodu. V době, kdy neexistovaly žádné léky tišící bolest, si tímto způsobem ženy pomáhaly překonat porodní bolesti. Tento rituální tanec měl pro ženu ale velký význam už dlouho před samotným porodem. Protože se většina pohybů soustřeďuje do oblasti břicha a pánve, zpevňuje se svalstvo v těchto částech těla a procvičují a masírují se vnitřní orgány, což ve výsledku přispívá ke snazšímu porodu. Do vlnivých pohybů jsou zapojeny i ty svaly, které pomáhají vytlačovat dítě z matčiny dělohy. Spojením těchto pohybů s hudbou vznikl rituál uctívání „bohyně“ v matriarchálním náboženství, které bylo v té době rozšířeno po celém orientu. Až v pozdějších dobách bylo nahrazeno patriarchálním – judaismem, křesťanstvím, islámem... (Dallal, Harris, 2006). Ženy, které byly společností v té době považovány za posvátné a dominantní, tančily při obřadech společně. Byl to způsob jak oslavovat své božství a sexuální plodnost. V dnešním Egyptě stále panuje zvyk najímat si břišní tanečnice na svatbu. Nevěsta s ženichem se potom vyfotí s rukama na břiše tanečnice (www.aysun.cz).

Označení „břišní tanec“ (v angličtině „belly dance“) je typické a známe pro Evropu a USA, má ale mnoho dalších názvů. Francouzi jako první běloši, kteří tento tanec objevili, ho nazývají „dance du ventre“ neboli tanec žaludku. V Egyptě je známý jako „raks sharqi“, což v překladu znamená tanec východu, v turecku zase jako „rakkase“. V Řecku nese název „cifte telli“. Na Blízkém východě ho nazývají „orientální tanec“, aby tak odlišili nově vzniklý moderní styl od původního lidového pojetí tohoto tance, který je známý jako „beledi“ (www.aysun.cz). Termín beledi znamená „lidský“ a označuje hudbu, tanec i kostýmy. Od svých počátků beledi vyjadřoval ženskost. Byl mužům nepřístupný a ženy ho tančily výhradně jen mezi sebou. Poprvé se břišní tanec objevil na světové výstavě v Chicagu v roce 1893. Jeden americký obchodník s sebou přivezl skupinu lidových tanečnic ze severní Afriky, a Američané tento tanec pojmenovali podle francouzského označení. V literatuře se ale setkáváme jak s názvem břišní tak orientální tanec, oba pojmy se používají záměně (Dallal, Harris, 2006).

4. 2. Pozitivní účinky břišního tance

• Kardiovaskulární systém a svalstvo

Břišní tanec je pro ženu velmi příznivá aktivita, protože nejvhodnějším způsobem působí na tvarování a zpevňování postavy. Patří mezi nejstarší druhy cvičení na světě. Vytvořily ho ženy pro ženy a až do nedávné minulosti se předával z generace na generaci. Základ tvoří uvědomění si vlastního těla a izolace jednotlivých svalových skupin. Většina pohybů se provádí v oblasti břiška, boků a zadečku, které se tak zpevňují. Ale asi největším přínosem pro tělo je uvolnění a posílení zádových svalů. Je však nutné dodržovat správný taneční postoj, protože v opačném případě mohou záda naopak začít bolet. Pro ženy, které trpí bolestmi zad a zároveň jim nedělají dobře různé sportovní aktivity, je břišní tanec vhodnou alternativou, jak zádové svaly posílit a protáhnout, a tak se těchto bolestí zbavit (Dallal, Harris, 2006).

Jaké konkrétní účinky má břišní tanec na zdraví ženy zkoumala sportovní akademie v Kolíně v čele s profesorem Fobrösem pomocí elektromyografu. Zkoumaly aktivitu zádových, břišních a hýžd'ových svalů při provádění jednotlivých tanečních prvků. Svaly se aktivují jednotlivě i skupinově a dosahují při tanci skoro pětiny své kontrakční kapacity. Jako pohyby, které vykazují silnou svalovou reakci v břiše, byly označeny výpady boků, twist, kroužení a rotace boků. U zádových svalů tomu tak bylo opět při výpadech boky, kroužení boků a ještě také při provádění ležatých i svislých osmiček. Pro hýžd'ové svaly se ukázalo nejúčinnější shimmy, tedy vibrace těchto svalů. Studie také potvrdila příznivý vliv na činnost srdce a celý krevní oběh, který se při tanci zrychluje. Tělo je tak lépe stejnoměrně okysličováno. Břišní tanec je vhodný pro kardiovaskulární systém, protože má podobný efekt jako běh nebo jízda na kole. Při pomalém tanci má tep hodnotu kolem 113 úderů za minutu, a když se tanec zrychlí, dosahuje až hodnoty 144 úderů (Coluccia, Paffrath, Pütz, 2005).

Při tanci se také zrychluje metabolismus, takže se upraví případné zažívací potíže. Uvolní se bloky, napětí a křeče svalstva. Zlepší se také pohyblivost kloubů. Díky tomu, že většina pohybů vychází spíše z trupu než z končetin, pomáhá břišní tanec účinně budovat tzv. vnitřní sílu, tedy posilování hluboko uložených svalů (Dolphina, 2005).

• Vnitřní masáž

Je také prokázáno, že při tanci dochází k účinné masáži ženských vnitřních orgánů, což má blahodárný vliv na premenstruační syndrom. Zmírňují se nebo zcela zmizí menstruační bolesti břicha. Uvolňuje se napětí v pánevní oblasti a posilují svaly břicha. To přispívá jednak k léčbě neplodnosti, a také prospívá samotnému porodu, který je pak snadný. Některé pohyby vycházející z břišního tance se s velkou oblibou používají v první porodní fázi, což jen potvrzuje původ tohoto tance v porodních rituálech. Břišní tanec výrazně posiluje svaly pánevního dna. Tyto taneční pohyby skutečně kopírují přirozené pohyby svalů ženského těla během porodu. Např. shimmy boky se využívá nejen jako kardiovaskulární a posilovací cvičení, ale také jako podporující pohyb při sestupování dítěte porodními cestami během porodu (Kananghinis, 2001).

• Relaxace a uvolnění napětí

Břišní tanec stejně jako většina pohybových aktivit velmi pozitivně ovlivňuje jak fyzickou, tak i psychickou kondici. Tamalyn Dallal (2006) o břišním tanci říká, že je meditací v pohybu, která vyžaduje uvolnění a soustředění. Je to způsob jak odbourávat stres a napětí. Často pomáhá od bolestí hlavy a migrény.

• Vnímání sebe sama a své ženskosti

Žena v břišním tanci najde cestu, jak pracovat se svou prapůvodní ženskou energií, která jí umožní objevit svou ženskost, krásu a sebevědomí (Mila el Kral, 2002). Při tanci se naučí vnímat své tělo, jeho jednotlivé části, a pracovat s nimi typicky ženským způsobem. Protože je břišní tanec aktivitou, která není omezena věkem ani postavou, každá žena se může cítit krásně a sebevědomě. Naučí se nestydět za své tělo a mít ho rády. Ženské tělo se tak stane krásné a přirozené, i když není podle současného diktátu módy.

4. 3. Taneční styly

Protože břišní tanec nemá jedno konkrétní místo vzniku, není ani jen jeden hlavní taneční styl. Díky svým bohatým kořenům ve spoustě krásných a odlišných zemích se rozvíjel do několika různých stylů. V současnosti se dost prolínají a mísí prvky odlišných stylů a vzniká tak spousta nových podob břišního tance. Přesto jsou stále patrné odlišnosti

různých kultur a zemí. Zde je krátký popis těch nejrozšířenějších stylů, se kterými se můžete potkat nejčastěji.

• **Egyptský styl Raqs Sharqi**

Tento specifický styl se zformuloval na začátku 20. století v Egyptě, který je uznávanou velmocí v oblasti břišních tanců. Tanečnice předvádějí své umění v sestavách, mají pevně stanovenou choreografii. Typické pro raqs sharqi jsou precizně vypracované pozice se zřejmými prvky baletu. Tančí se na špičkách. V moderním egyptském stylu je pro tanečnici velmi důležité udržet horní polovinu těla vzpřímeně nezávisle na pohybech boků. Kostýmy jsou precizně zdobené, ale ne tak frivolní jako v Turecku.

• **Turecký břišní tanec**

Od ostatních stylů břišního tance se turecký liší hlavně svou výraznou dynamičností a vysokou mírou improvizace a nevázanosti pohybů. Pohyby v tureckém tanci jsou zemité a sugestivní. Typické je časté používání shimmy třesení boky a pánví, různé záklony a výrazné pohyby boky. Tanečnice někdy tančí i vleže na podlaze. Kostým je většinou tvořen širokou sukní, bohatě pošívanou podprsenkou a pásem na boky. Obvyklou součástí tureckého kostýmu jsou i roušky, různé pokrývky hlavy. Typické jsou také tzv. turecké neboli harémové kalhoty, které umožňují volný pohyb, a brání nechtěnému odhalování právě při tanci na zemi.

• **Americký tribal**

Tento kmenový tanec vytvořila v 60. letech 20. století kalifornská tanečnice a lektorka Jamila Salimpour (Dallal, Harris, 2006). Nejedná se tedy o tradiční folklórní tanec, jak by se podle názvu mohlo zdát, ale o styl vzniklý spojením různých historických období a kultur celého světa, hlavně Indie, Severní Ameriky, Afghánistánu a Středního východu. Tribal spojuje taneční prvky orientu, folklórních tanců, flamenca i baletu. Tanečnice tančí hodně na místě. Důraz kladou na měkké, pomalé a precizní tzv. hadí pohyby. Celý tanec provází napětí v každém pohybu a v celém těle, vše je pečlivě plánováno a precizně provedeno. Tanečnice ve skupině jsou na sebe napojeny a vzájemně na sebe reagují ve skupinové improvizaci

(<http://orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisnitane/druhy/tribal-kmenovy-tanec.htm>, 16. 7. 2010).

• **Kabaretní styl břišního tance**

Někdy se označuje také jako „Night club“ styl. Tanečnice kabaretního stylu předvádějí svá vystoupení v restauracích a nočních klubech. Je to směs různých stylů, ať už tureckého a egyptského, nebo i folklórního. Kostýmy jsou okázalé, zářivé, bohatě posíté flitry a skleněnými korálky. Typický je impozantní nástup na scénu, výrazné pohyby a gesta. Často tančí se závojem a své vystoupení zakončují teatrální pózou (Dolphina, 2005).

• **Folklórní orientální tance**

Do této skupiny patří spousta lidových tanců různých zemí orientu. Asi nejznámější z nich je Saidi. Pochází z Egypta ze stejnojmenné oblasti. Typická je pro něj hravost až laškovnost. Tančí se v 4/4 rytmu a nezbytnou pomůckou je na jednom konci zahnutá hůlka, se kterou se provádějí různé taneční kreace. Hole mohou být i dvě. Tanečnice jsou při saidi oblečeny do dlouhých šatů s šátkem přes boky.

K folklórním tancům se řadí také Baladi (nebo Beledi). Je to také velmi zemitý, živý tanec v 4/4 rytmu, který se hodně podobá saidi. Tančí se ale bez hole. Kostýmem jsou opět dlouhé šaty.

Khaleegy neboli tanec vlasů pochází z Perského zálivu. V tomto stylu hrají hlavní roli právě dlouhé vlasy tanečnice, která s nimi při tanci pohazuje velkými oblouky ze strany na stranu. Někdy se provádí i kroužky a osmičky hlavou. Je to skupinový tanec původně tančený ženami výhradně pro ženy. Tančí se ve volné dlouhé tunice.

Dalšími z mnoha folklórních stylů jsou například Núbijský tanec, Iskandarini, který pochází z Alexandrie, nebo Ghawazy, tanec egyptských cikánů a spousta dalších (<http://orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisni-tanec/druhy/folklorni-orientalni-tance.htm>, 17. 7. 2010).

Tanečních stylů je opravdu mnoho a možná právě proto břišní tanec oslovuje velké množství žen po celém světě. Každá si může zvolit styl který je jí nejbližší, nebo jich střídat víc, podle toho, jakou má náladu. Tančit se dá také se spoustou rekvizit. Asi nejběžnější je jeden nebo více závojų. Tančí se svícemi, šavlemi, šátky, činelky, křídly, hůlkou, vějíři nebo i hadem. Záleží na dovednosti a vkusu tanečnice.

B. PRAKTICKÁ ČÁST

1. METODIKA VÝZKUMU

1.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit terapeutické účinky orientálního tance u dívek pubescentního a adolescentního věku s úzkostně - depresivní symptomatikou, které byly hospitalizovány na dětském oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Zajímalo mě, jaký vliv má tento typ tance na prožívání a vnímání těchto dívek, a jestli díky němu dochází ke zmírnění dopadů na jejich psychiku.

Konkrétně jsem se zaměřila na tělesné a emoční prožitky objevující se během tance. Dále na vztah ke svému tělu, na to, jak dívky samy své tělo vnímají. Jestli orientální tanec nějak mění vztah ke svému tělu a vnímání sebe sama jako ženy. Zajímal mě také vliv tance na sebehodnocení a sebevědomí dívek.

V tomto výzkumu nebyl prostor pracovat s orientálním tancem jako s terapií. Zkoumaly se jen pozitivní terapeutické účinky a přínos tance samotného. Výsledky by tak mohly podpořit další zkoumání této oblasti, které by mohlo přinést odpovědi na otázku, jestli by břišní tanec měl šanci konkurovat tanečně pohybové terapii jako takové a stát se tak oficiálně jedním specifickým druhem taneční terapie pro ženy. Pokud ano, s jakými tématy dokáže pracovat, a pro jaké skupiny pacientek je tedy vhodný a přínosný?

1. 2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo dohromady 12 dívek ve věku dvanáct až šestnáct let¹⁴. Dvě třetiny (8) z nich trpěly některou z Poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. Z tohoto širokého spektra to byly konkrétně Porucha aktivity a pozornosti (F90.0), Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0), Socializovaná porucha chování (F91.2), Jiné poruchy chování (F91.8) a Depresivní porucha chování (F92.0). V souboru se vyskytly i tři dívky trpící Mentální anorexií (F50.0) nebo (a) poruchou nálady, konkrétně se jednalo o Depresivní fázi lehkou (F32.0) a v jednom případě těžkou (F32.2) (MKN – 10, 2006). V celém výzkumném souboru se také dost často vyskytovalo záměrné sebepoškozování.

¹⁴ Věkové složení dívek je znázorněno v grafu č. 1 v příloze č. 2.

Všem dívkám byly sejmuty testy před i po absolvování terapeuticko - tanečního programu, přičemž průměrně absolvovala každá 9 lekcí¹⁵. Na závěr byl také se všemi proveden rozhovor.

Celkový počet účastníků výzkumu byl dohromady 20. Bohužel 8 dívek bylo ze souboru vyřazeno, a to z důvodu náhlého ukončení pobytu na oddělení. Nebylo tedy možné s nimi absolvovat závěrečné vyšetření, pro výzkum klíčové.

1. 3. Popis přípravy a průběhu výzkumu

Výzkum probíhal od září 2009 do června 2010 na dětském oddělení Psychiatrické léčebny Šternberk v rámci projektů Nová příležitost a Společná cesta¹⁶, které vznikly na podporu volnočasových aktivit dětí právě na dětském oddělení ve Šternberku. Byl realizován formou tanečních lekcí, které probíhaly jednou týdně, vždy ve středu. Lekce břišního tance na tomto oddělení jsem vedla již od listopadu 2008 a nápad využít toto téma pro psychologický výzkum vyplynul z pozorování a mých postřehů během těchto tanečních lekcí.

Účastnily se všechny dívky, které byly v danou dobu na oddělení hospitalizovány, kromě těch, které toho ze zdravotních důvodů nebyly schopné. Do výzkumného souboru pak byly zařazeny pouze ty, které splňovaly nastavená kritéria pro výběr, a to přítomnost úzkostně – depresivní symptomatiky a minimální počet absolvovaných lekcí, který byl stanoven na 7. Úzkostně – depresivní symptomatika není vždy uvedena s diagnózami dívek, které vycházejí z ambulantního vyšetření před hospitalizací, ale vždy se objevila během pobytu na oddělení.

Taneční hodiny probíhaly v tělocvičně¹⁷, která se nacházela přímo v budově dětského oddělení. Velikost místnosti akorát vyhovovala nárokům na prostor skupiny, která měla průměrně kolem osmi dívek. Struktura lekcí byla velmi podobná. V úvodu jsem se s dívkami přivítala a snažila se prostřednictvím jejich sdělování zážitků z předchozích dnů odhadnout, jak jsou naladěné, a co by bylo vhodné zvolit na začátek. Dívky jsem často také přímo vyzvala, aby mi sdělily svá přání, co se pohybu, rytmu a tanečních prvků týká, z čehož jsem během hodiny také vycházela. Potom vždy následovalo důkladné protažení a zahřátí celého těla. Většina aktivit už od protažení probíhala v kruhu. Při tanečních

¹⁵ Počet absolvovaných lekcí je znázorněn v grafu č. 2, v příloze č. 2.

¹⁶ Projekt Nová příležitost byl realizován od ledna do dubna roku 2009 a na něj navazující projekt Společná cesta potom od května 2009 do října 2010.

¹⁷ Viz fotodokumentace v příloze č. 8.

prvcích, které vyžadovaly více prostoru a pohybu po něm jsme se rozptýlily po tělocvičně, ale následně jsme se do kruhu přirozeně vrátily. Výrazným prvkem, který provázel celou lekci, byla hudba. Použity byly skladby jak čistě orientální, které ve výuce převažovaly, tak i skladby známých interpretů jako Shakira, Arash, Tarkan apod., které byly dívkám bližší, a proto jsem je s oblibou využívala pro společnou improvizaci. Hlavní část hodiny tvořil nácvik jednotlivých základních tanečních prvků břišního tance¹⁸ a jejich kombinace. Metodu improvizace jsem zařazovala pravidelně. Dívky si tak mohly jednak vyzkoušet co se naučily, různě kombinovat jednotlivé pohyby, vnímat rytmus hudby a nechat tělo, aby se mu přizpůsobilo. Některé dívky využily tento čas jako prostor pro sebe a zaměřily se pouze na hudbu a své tělo, jiným vyhovovala spíše interakční forma improvizace a tančily ve dvou a vzájemně se doplňovaly a inspirovaly. Závěr lekce byl určený spíše celkovému uvolnění a zklidnění. Často jsem s dívkami používala techniku, která vznikla náhodně v průběhu jedné hodiny. Každá si najde místo v tělocvičně, kde má dost prostoru a nic ji nevyrušuje. Cílem je soustředit se jen na sebe a své tělo a cítit co dělá, jak se pohybuje. Ideální je, pokud se dá zhasnout nebo alespoň vytvořit dostatečné přití. Dívky si mohou zavřít oči a na mé pokyny provádějí různé pohyby, které jsme se předtím naučily, a rukama zkoumají (například bříško, boky, zadeček), co se děje s tělem, a které části těla jsou vlastně do pohybu zapojeny. Vše je podbarveno pomalejší hudbou. Zvyšuje se tak kontakt s vlastním tělem a prožitek jednoty těla a mysli. Na úplný závěr setkání jsme se opět důkladně protáhly a uvolnily.

Účastnice výzkumu byly vždy seznámeny s jeho účelem a byla jim zdůrazněna dobrovolnost a anonymita. Žádná z nich však neodmítla spolupracovat. První sada dotazníků byla sejmuta většinou před první taneční hodinou každé dívky, výjimečně z provozních důvodů oddělení až před druhou. Vyšetření probíhalo často ve volné jídelně, nebo v jiné místnosti, kde bylo zrovna volno. V některých případech i na pokoji dívky. Pokud někdy bylo nutné počítat s vyrušením při rozhovoru, dívky měly možnost v tu chvíli přestat mluvit. Během vyplňování dotazníků dívky používaly vlastní jméno s tím, že jsme byly domluvené, že pro výzkum budou jejich data anonymní. Úvodní vyšetření trvalo většinou 25 - 30 minut. Závěrečné, které obsahovalo navíc rozhovor, trvalo celkem asi 50 minut, a ve většině případů bylo provedeno po právě proběhnuté poslední taneční hodině účastnice výzkumu. Po hodině jsem zůstala s dívkou v tělocvičně, kde jsme před tím

¹⁸ Jednotlivé taneční prvky jsou popsány v kapitole 2. v praktické části.

tančily, a kde byla největší pravděpodobnost, že nebudeme při rozhovoru rušeny. Dívky toto řešení většinou vítaly.

Během doby, kdy na oddělení probíhal výzkum, se konaly dvě významné události, které zasáhly do průběhu tanečních lekcí. První z nich byla vánoční besídka oddělení, na kterou chtěly dívky něco nacvičit a předvést, což ovlivnilo strukturu hodiny. Konala se 17. 12. 2009. Po ní následovaly vánoční prázdniny, které většina dívek trávila doma, takže se nekonala ani naše setkání. Tato pauza trvala do 6. 1. 2010.

1. 4. Etika výzkumu

Etická stránka výzkumu byla konzultována s PhDr. Smejkallem, psychologem dětského oddělení léčebny. Rodiče hospitalizovaného dítěte podepisují při jeho příjmu informovaný souhlas s léčbou a účastí dítěte na aktivitách probíhajících na oddělení, do kterých patří i hodiny břišního tance a výuka studentů psychologie. Samotné dívky byly s účelem a průběhem výzkumu ústně a podrobně seznámeny. Bylo jim zdůrazněno, že účast je dobrovolná, a že veškerá jejich data zůstanou anonymní.

1. 5. Metody sběru dat

Ve výzkumu byl ke sběru dat a k jejich následné analýze využit jak kvalitativní tak i kvantitativní přístup. Výběr souboru byl proveden metodou prostého záměrného výběru (Miovský, 2006). Tento způsob výběru byl uplatněn vzhledem ke snadné dostupnosti základního souboru a malému počtu vhodných osob, které nakonec utvořily výběrový soubor.

Byla použita participativní metoda kvalitativního výzkumu, ve které se uplatňuje pohled účastníků na proces terapie. Touto metodou bylo polostrukturované interview. Podle Timuláka (2005) se interview v procesu psychoterapie využívá na globální úrovni jako kvalitativní zhodnocení jednoho sezení nebo i celé terapie, a to buď klienty, nebo terapeuty. Metoda polostrukturovaného interview byla zvolena, protože umožňuje vytvoření jakéhosi základního schématu nebo tematických okruhů, a zároveň ponechává možnost měnit pořadí otázek dle aktuální potřeby. Je také vhodné následně použít inquiry, kdy má klient možnost upřesnit a vysvětlit své odpovědi v doplňujících otázkách (Miovský, 2006). Rozhovor¹⁹ byl zaměřen hlavně na emoce, tělesné pocity a na vnímání sebe a svého těla při tanci. Jeden tematický okruh byl tvořen nenáročnými otázkami, které

¹⁹ Záznamový arch s hlavními otázkami interview je k nahlédnutí v příloze č. 7.

měly za cíl dívku uklidnit a zbavit úzkosti z testové situace. Na konci byl vždy dán prostor pro vyjádření čehokoliv, co klientce připadalo důležité, a co ještě chtěla dodat nebo více vysvětlit. Odpovědi byly zaznamenávány během rozhovoru formou poznámek na papír, případně ještě doplněny ihned po ukončení rozhovoru. Na zaznamenávání poznámek byly vždy dívky před začátkem rozhovoru upozorněny a nestalo se mi, že by s tím nesouhlasily. Častá byla otázka, s kým o tom budu mluvit, ale když jsem zdůraznila anonymitu odpovědí a využití všech dat čistě pro tento výzkum, byly ochotné odpovídat. Rozhovor byl prováděn na závěr, po ukončení tanečních lekcí, před propuštěním dívky domů.

Další metodou bylo otevřené zúčastněné pozorování. Tato forma pozorování byla jediná možná, protože jsem sama vedla hodiny břišního tance, nebylo tudíž z mé strany možné provést nezúčastněné pozorování. Mým cílem bylo také navázat vztah s dívkami a zpřesnit a podpořit tak výsledky ostatních použitých výzkumných metod. Pozorování probíhalo přirozeně každou hodinu a bylo zaměřeno hlavně na oblast pohybového vyjádření, aktuální emoce, chování a různé situační děje (Miovský, 2006). Pozorování byla zaznamenána většinou hned po hodině.

Z dotazníkových metod byl použit sebesposuzovací dotazník ŠAD – Škály na měření úzkosti a úzkostnosti u dětí a dotazník CDI – Sebesposuzovací škála depresivity pro děti. Oba dotazníky byly použity vždy dvakrát, na úvod a na závěr tanečního programu.

Byla použita i kresebná projektivní technika, konkrétně Test kresby stromu²⁰. Kresba byla také součástí obou vyšetření.

Poslední metodou, která byla ve výzkumu použita, je Dotazník na vnímání těla. Ten byl vytvořen speciálně pro tento výzkum. Má tři části – první tvoří sedm ženských postav²¹ různé hmotnosti, ze kterých dívka vybírá postupně dvě. Tu, která vypadá jako ona a potom tu, které by se chtěla podobat. Druhou část tvoří několik otázek, které slouží hlavně k uvolnění v testové situaci a navození důvěry. Je sestavena formou polostrukturovaného miniinterview. Poslední část tvoří jedna silueta postavy na papíře A4. Tato postava byla vybrána z řady siluet (silueta C) jako neutrální, mající hmotnost v normě z hlediska tabulek BMI (Body mass index). Je zobrazena zepředu i z boku a dívka má za úkol ji pomocí tužky upravit tak, aby jí byla co nejvíc podobná²². Slouží hlavně jako podklad k povídání o tom, co se dívce na její postavě líbí a co ne. Dotazník byl také použit na začátku i na konci.

Využity byly i základní informace o zdravotním stavu pacientek z dokumentace PL.

²⁰ Příklady některých kreseb jsou v příloze č. 4.

²¹ příloha č. 3.

²² Upravené postavy od několika dívek jsou pro představu umístěny v příloze č. 5.

1. 6. Metody analýzy dat

Analýza získaných dat byla prováděna na jak na kvalitativní úrovni, tak i kvantitativním způsobem. Hlavní náplň praktické části práce tvoří jednotlivé případové studie všech dívek. Každá z nich obsahuje na začátek krátký výpis z dokumentace věnující se problému, kvůli kterému byla dívka hospitalizovaná, a následná diagnóza z hlediska MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize). Pozorování z jednotlivých tanečních lekcí byla vždy zaznamenána a z těchto poznámek potom vytvořen souhrnný odstavec o celkovém pohybovém projevu, chování dívky, a počtu absolvovaných lekcí. Dotazník na vnímání těla byl v případových studiích zhodnocen pouze kvalitativně a vždy byl porovnán výstup dotazníku před a po tanečním programu. Kresba stromu byla hodnocena v kontextu s ostatními daty participantky a jejím hlavním úkolem bylo dokreslit a doplnit celkový obraz. Byly rovněž posuzovány případné změny před a po programu. Sebeuposuzovací škály zjišťující míru depresivity (CDI) a úzkosti a úzkostlivosti (ŠAD) u dětí byly vyhodnoceny podle příslušných příruček (Kovacs, 1998; Müllner, Ruisel, Farkaš, 1983). Hrubé skóry byly v obou případech převedeny na percentily. Oba dotazníky byly jednak zhodnoceny a interpretovány v případových studiích, a také byly zkoumány z kvantitativního hlediska. Analyzovaly se výsledky celého výzkumného souboru. Zjišťovalo se, zda je nějaký rozdíl mezi dosaženými hrubými skóry prvního a druhého sejmutí dotazníků, a to pomocí Wilcoxonova pořadového testu pro párové hodnoty. Ten slouží právě k ověření hypotézy o tom, jestli je mezi opakovaným měřením na stejných subjektech signifikantní rozdíl. Je to metoda neparametrická. Parametrický test nebylo možné vzhledem k nízkému celkovému počtu dívek (12) použít (Reiterová, 2003). Součástí případové studie je samozřejmě i závěrečný rozhovor, který je zároveň analyzován i zvlášť. Odpovědi všech rozhovorů byly roztrženy pomocí metody vytváření trsů. Tato metoda analýzy kvalitativních dat slouží obvykle k seskupení a konceptualizaci výroků do skupin, a to například podle určitých jevů, místa případů a podobně. Vznikají tak obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do daného trsu / skupiny souvisí s určitými opakujícími se znaky nebo charakteristickým uspořádáním (Miovský, 2006).

Vlastní jména dívek použitá při sběru dat nebyla v případových studiích použita, ale byla nahrazena náhodně vybranými jmény, která s dívkami nesouvisí.

2. ZÁKLADNÍ TANEČNÍ PRVKY BŘIŠNÍHO TANCE

Není lehké vyjádřit, v čem přesně spočívá podstata a kouzlo orientálního tance. Když do rukou vezmete publikaci, která se tímto stylem zabývá, najdete spoustu informací – jak prospěšný je pro ženské tělo, vnitřní orgány, pohyblivost a vitalitu, a jak dokáže rozvíjet krásu ženského těla a sebevědomí. Málokdo už se ale zmíní o tom, že ze začátku to je většinou dřina. Taneční prvky, které se v orientálním tanci vyskytují, jsou většinou pro tělo nezvyklé, a proto může trvat delší dobu, než je přijme za své a stanou se snadnými. To v mnoha dívkách a ženách může vyvolávat pocit neschopnosti a neohrabanosti, zvlášť pokud si nevěří. Je proto velmi důležité, aby věděly, že je to zcela normální. Je dobré je upozorňovat na malé pokroky, kterých si často ani nevšimnou. Zvlášť pokud se tančí v místnosti bez zrcadla, je zpětná vazba od lektorky zásadní pro další motivaci. Břišní tanec samotný je velmi rozmanitý. Může být ladný a jemný jako závoj poletující vzduchem, nebo i živelný, rytmický a dynamický jako africké bubny. V dnešní době se pod názvem orientální tanec skrývá tolik stylů a vlivů odlišných kultur, že si každá žena může najít typ, který jí bude příjemný, a ve kterém bude cítit možnost vyjádřit volně své pocity. Pro mě je břišní tanec jako oslava toho, že jsem žena. Cítím se lehká a volná jako motýlek a zároveň velmi smyslná a krásná, což ještě umocňuje překrásný taneční kostým, který k tomuto umění neodmyslitelně patří.

Na následujících řádcích jsou stručně popsány principy pohybu u jednotlivých prvků a tanečních figur břišního tance, které se dívky učily²³. Jejich výčet není úplný. Jedná se jen o ty základní a „stěžejní“. Lekce byly samozřejmě pohybově mnohem pestřejší, ale myslím si, že není cílem této práce suplovat taneční příručku.

Základní postoj: Při tanci je velmi důležité správné držení těla, které usnadňuje jednotlivé pohyby tanečnice. Nohy jsou mírně rozkročené asi na vzdálenost kyčlí, chodidla rovně vedle sebe. Kolena jsou trochu pokrčená a uvolněná, pánev lehce podsazená. Horní polovina těla je vzpřímená, vytažená z pasu. Ramena jsou tlačena dolů a mírně dozadu, aby se otevřel hrudník. Hlava je také držena zpříma. Dýchání by mělo být uvolněné a plynulé.

²³ Nákreby tanečních prvků jsou znázorněny v příloze č. 6.

Svalová izolace: Svalová izolace je základním principem břišního tance. Zatímco se jedna část těla (svalová skupina) pohybuje, ty ostatní zůstávají ve stejné pozici. Například pokud tanečnice pohybuje boky, zůstává hrudník, ramena i hlava na místě. Tato technika jednak slouží k tomu, aby přitáhla pozornost k pohybující se části těla, a také je nezbytná pro následující kombinaci a koordinaci více izolovaných pohybů dohromady. Navíc se tak intenzivně posilují a tvarují jednotlivé svaly.

Akcenty hrudníkem: Akcenty hrudníkem lze provádět různými směry. Ty základní vedou ze středové (normální) polohy hrudníku dopředu, dozadu, doprava a doleva. Nejdůležitější při těchto pohybech je, aby se opravdu pohyboval jen hrudník. Ramena, hlava a boky zůstávají na místě.

Kroužek hrudníkem: Kroužení hrudníku lze snadno dosáhnout spojením předchozích čtyř akcentů do plynulého pohybu. Jedná se tedy o pohyb vertikální. Platí ta samá pravidla pro izolaci zbytku těla jako u akcentů hrudníkem. Oblast hrudníku je v běžném životě málo zatěžovaná, takže pravděpodobně chvíli potrvá, než si tělo tento pohyb osvojí.

Malý kroužek pánví: Tento pohyb je vhodné nacvičovat stejným způsobem, jako kroužek hrudníkem. Stojíme v základním postoji. Nejprve se boky vysouvají do stran, doprava – doleva, dopředu – dozadu. Když suneme boky dozadu, dáváme pozor na to, aby byla záda rovná, neprohýbáme se v kříži. Později opět spojíme do plynulého krouživého pohybu. Boky jsou pořád stejně vysoko.

Horizontální osmička boky: Tento prvek patří k těm pomalým. Existuje ve dvou základních variantách. Osmičku můžeme vést zepředu dozadu, nebo zezadu dopředu. Při obou variantách vycházíme ze základního postoje. V duchu jakoby obkresluje osmičku, která leží pod námi na zemi. Při první variantě začínáme bokem šikmo vpředu. Bok se dále stáčí obloukem dozadu, což umožní druhému boku vysunutí opět šikmo dopředu s následným obloukem dozadu. Osmička začínající ze zadu se provádí obdobně, pouze v úvodu vysuneme bok šikmo dozadu. Důležité je přenášení váhy. Ta je na té končetině, jejíž bok provádí oblouček. Horní polovinu těla se snažíme izolovat.

Hadí ruce: Pohyb rukou při provádění hadích paží by se dal přirovnat k mávání křídlů, s tím rozdílem, že paže nejdou spolu ale proti sobě. Ruce se pohybují vedle těla. Nejprve

se zvedá loket, pak zápěstí a nakonec prsty. V nejvyšším bodě loket povolí dolů. Následuje ho opět zápěstí a jako poslední prsty. Paže se plynule střídají a vytvářejí tak dojem vlnění. Jinou variantou tohoto tanečního prvku je vést pohyb před tělem („perské paže“).

Akcenty boky: Opět existuje více variant, s dívkami jsme se učily **hip**, **drop** a **kick**. Při hipu a dropu vysuneme jednu nohu dopředu a opřeme o špičku. Váha je na zadní noze, která je také mírně pokrčená v koleni. Hip je akcent bokem nahoru. Při dropu nejprve vytáhneme bok nahoru a potom ho necháme spadnout. Pohyb dolů je v tomto případě výraznější, s důrazem. Kick začínáme provádět v základním postoji. Je to výrazný akcent bokem do strany, doprovázený přenosem váhy.

Shimmy rameny: Horní končetiny jsou mírně upažené. Ramena střídavě vysouváme dopředu a dozadu. Postupně pohyb zmenšujeme a zrychlujeme, až vznikne třesení.

Velbloud: Velbloud je technicky poněkud náročnější figura, nicméně dívky velmi zaujala a bavila, takže byla pravidelně součástí našeho tance. V podstatě se jedná o vlnu tělem, která začíná protlačením hrudníku dopředu, následuje ho břicho a nakonec boky. Jakmile se dostává dopředu břicho, hrudník začne couvat. Ramena a hlava jsou v klidu na místě. Plynulým pohybem vzniká vlnění. Dá se zapojit do chůze. Pro někoho je tak snazší se velblouda naučit.

Spodní shimmy boky: Spodní shimmy je třesení boků. V základním postoji se boky střídavě pohybují nahoru a dolů. Zjemněním rychlejšího pohybu vzniká třesení. Nedochází k přenosu váhy.

Twist: Twist je stejně jako shimmy třesení, boky se ale pohybují ze strany na stranu. Při tomto pohybu můžeme mít výjimečně propnutá kolena. Horní polovina těla je v klidu.

3. PŘÍPADOVÉ STUDIE

3. 1. NINA

• Z dokumentace:

Nina, čtrnáctiletá dívka, která přišla na oddělení začátkem října. Její potíže byly klasifikované jako porucha chování, konkrétně F91.8 - Jiné poruchy chování. Často chodila za školu, měla potíže s respektováním autorit, scházela se s partou, ve které začala experimentovat s drogami (canabioidy) a záměrně se sebepoškozovat, pořezávat ostrým předmětem.

• Z tanečních lekcí:

Středně vysoká dívka s lehce nazrzlými, po ramena dlouhými, rovnými vlasy. Obličej s jemnými rysy jí zdobily hranaté brýle s tenkou obroučkou. Většinou nosila hodně volné oblečení, ale měla pěkně tvarovanou postavu. Tanec ji od začátku nadchnul a každou hodinu si užívala. Byla ráda, když se mohla naučit něco nového. Nina byla celkem pohybově nadaná, zejména taneční prvky vycházející z boků jí šly dobře. Velký problém ale měla s držení těla. Strašně se hrbila. Sama přiznávala, že s tím hodně bojuje. Protože v tělocvičně nejsou zrcadla, dávala jsem jí často zpětnou vazbu o tom, jaký je její postoj a jak se pohybuje při tanci. Neustále jsem jí na kulatá záda upozorňovala a společně jsme se snažily její postoj zlepšit. Po několika lekcích jsem zjistila, že už se tolik nehrbí, a ke konci se pohybovala s rovnými zády a vzpřímenou hlavou. Už se nekoukala pořád do země a působila sebevědoměji. Celkem se účastnila sedmi lekcí.

• CDI

Celkový hrubý skóre dotazníku vyplněného na začátku hospitalizace bylo 11 bodů, čemuž odpovídá percentil 69. Tato lehce zvýšená míra depresivních obtíží souvisí převážně se škálami C – nevýkonnost a E – negativní sebehodnocení, ostatní projevy v rámci normy. Nina si není jistá, jestli se jí v životě daří a jestli ji má někdo rád. Těžko se soustředí a má pocit, že hodně věcí dělá špatně. Občas špatně spí. Nevěří si. Školu a kamarády a hodnotí pozitivně.

Hrubý skóre CDI závěrečného vyšetření klesl na 6 bodů, tedy na percentil 34. Její sebehodnocení výkonnost se zlepšily. Myslí si, že může být stejně dobrá jako ostatní. Věří, že ji má určitě někdo rád. Nemá už takový pocit viny za všechno špatné v jejím životě.

• ŠAD

Ve vstupním dotazníku dosáhla Nina hrubého skóru 47 bodů pro dlouhodobý stav. To odpovídá percentilu 97, tedy velmi vysoké míře úzkostnosti. Hodně se bojí. Její obavy souvisí hlavně se situací doma, má strach o rodiče. Své pocity před okolím tají, stydí se. Aktuální stav hodnotí lépe, skór je 28 bodů – percentil 27. Sama sebe popisuje jako klidnou, veselou, uvolněnou. Cítí se velmi příjemně, velmi šťastně a velmi spokojeně. Mezi aktuálním a dlouhodobým stavem je velký rozpor.

Po osmi týdnech, kdy bylo vyšetření prováděno znovu, byl hrubý skór pro dlouhodobý stav 38 bodů – percentil 77, a pro aktuální stav 26 bodů – percentil 15. Hodnocení dlouhodobé situace je už trochu příznivější, vysoce bodované zůstávají pouze výroky týkající se domova a rodičů. Hodnocení aktuálního stavu zůstalo v podstatě stejné. Nina se na oddělení cítí spokojeně.

• Dotazník na vnímání těla

Nina měří 170 centimetrů a svou váhu 66 kilogramů považuje za normální vzhledem ke své výšce. Na ženách se jí líbí plnější, výraznější křivky. Se svou postavou je spokojená. Pro svůj dobrý pocit sportuje. Z řady siluet vybrala nejprve E), té si připadala nejvíc podobná. Když měla zvolit siluetu, která by odpovídala její ideální představě svého těla, vybrala D). Do prázdné siluety, kterou měla upravit podle sebe, zakreslila výrazně boubelatá stehna a tukové polštářky na břišku, a to jak zepředu, tak z boku. Na jejím těle se jí podle ní nelíbí velké boky. Líbí se jí její nohy a břicho.

Při druhém vyšetření odpovídala v podstatě stejně. Váha se jí nezměnila. V obou výběrech z řady siluet vybrala D). Její postava a ta ideální, kterou by si přála, se začaly shodovat. Je spokojená. Prázdné siluety zvýraznila stejně jako předtím stejné partie, tedy stehna a břicho. Navíc ještě boky. Linie jsou ale o poznání štíhlejší, téměř kopírují linie předtištěné siluety. Břicho je zvýrazněné jen ze strany, tukové polštářky už se nevyskytují. V následujícím rozhovoru nad obrázkem nenašla nic, co by na svém těle neměla ráda. Líbí se jí její špeky, břicho, boky i stehna.

• Kresba stromu

Strom 1: Kresba je velká přes celý papír. Kmen vyrůstá z dolního okraje, tvoří polovinu stromu. Je široký, mohutný. Linie jsou slabé, nespojité. Celý kmen je energicky, ale lehce vyšrafovaný hranou hrotu tužky. Koruna je velká, arkádovitá, několikrát obtahovaná. Mírně se natahuje doprava. Uvnitř celé koruny jsou krátké opakované čáry,

působí to dojmem zvířecí kožešiny. Strom působí ponuře, nehezky a agresivně. Patrná také nejistota a projevy úzkosti. Možná nedůvěřivost a vzdor, ale také citlivost. Velká uzavřenost vůči světu, obavy z něj. Stažené, rigidní myšlení. V příběhu je strom přirovnán k srdci autorky, které je velké a bolavé, a ke své ne moc otevřené povaze.

Strom 2: Jedná se o velkou kresbu. Tlak na tužku je přiměřený, linky jsou nespojitě a působí uvolněně. Kmen vyrůstá opět z dolního okraje papíru, je štíhlejší, linie jsou čistší. Celý ho pokrývají tenké dlouhé čáry. Koruna je středně velká, arkádovitá, tvořená drobnými, jemnými obloučky, a napojená na kmen. Uvnitř je až na 4 propracovaná jablka prázdná. Za stromem je duha. Celá kresba působí čistším, veselejším, jasnějším a trochu infantilním dojmem. Napovídá snížení napětí a úzkosti, projasnění nálady a zlepšení vztahů k lidem. Popis stromu se opět vztahuje k její povaze a hlavně k vnímání svého těla a ženskosti. Písmo je hodně rozházené a kostrbaté. Je to velmi pozitivní vyjádření sebe samé: „*Tady ten strom jsem nakreslila, protože vystihuje mě! Já jsem trochu špekátá:-) a mám hodně energie. Duha vyzařuje moje světlé barvy, pod kterými si představuji svůj život. Kůra stromu je tak tvrdá, jako moje vlastnost, že jsem tvrdohlavá. Listy a „jablka“ vyjadřují moji ženskost a něžnost:-).*“ Zcela to koresponduje s jejím pohybovým projevem a nadšením v rozhovoru.

• **Ze závěrečného rozhovoru:**

Nina byla při našem závěrečném povídání otevřená a přátelská. Odpovídala spontánně. Při tanci se cítila bezstarostně a šťastně, probouzel v ní jemnost. Pomalé pohyby ji uvolňovaly. Přirovnala to k pocitu, jakoby s ní někdo pohyboval, jako by byla mrtvá. Cítila se volná. Pocit volnosti se asi nejvíc zvýraznil při improvizaci, kdy mohla tančit, jak chtěla, podle sebe, a využít tak, co se naučila. Asi největší rozporuplnost zažívala při rychlých, výrazných pohybech, třasech a akcentech. Nejprve mi prozradila, že se cítila jako královna, jako by vybuchla. Myslela tím energií, v tom pozitivním významu. Když jsem se později ptala na tělesné pocity, které doprovázely tyto pohyby, popsala to jako jízdu autem, při které sráží kužely před sebou, jako by do něčeho bouchala. Vysvětlila, že jí to pomáhá uvolnit napětí a vybit agresí, která souvisí s přítelem její matky. Nemá ho podle svých slov ráda, ale nemůže mu nic říct ani udělat a toto je jediná chvíle, kdy tomu může dát průchod přijatelnou cestou. Celkově ji břišní tanec po tělesné stránce vždy povzbudil a dodal energii.

Byla jí příjemnější menší skupinka dívek. Velmi ji také zaujal tanec po tmě, který jsme si mohly vyzkoušet v zimních měsících, kdy se brzy stmívalo. Nic ji při tom

nerozptylovalo, mohla prý vnímat jen sama sebe, to, co dělá. Na otázku, jestli zažila při tanci něco zvláštního, nějaký pocit, který jindy neprožívá, odpověděla, že dřív byla pořád ve stresu, teď se ale dokáže uvolnit. Mezi její oblíbené prvky patřil velbloud, při improvizaci hodně používala různé kroky, osmičky boky, kroužky rukama a hadí ruce. Tyto taneční prvky nebyly nijak složité na provedení a umožňovaly jí trénovat vzpřímený, hrdý postoj.

Při otázkách, které se týkaly vztahu k jejímu tělu, byla trochu nesmělejší, ale upřímná. Má ráda své tělo, ale něco jí na něm vadí. Přiznala, že neměla ráda své „špeky“, ale že dnes je ráda, že je má, protože při tanci se jí hodí. Ale zároveň je úplně ráda nemá. Tento rozpor je podle mě naprosto normální. V roli břišní tanečnice se spousta dívek cítí dobře právě proto, že je nikdo nesoudí podle obvodu pasu, ale je velmi těžké si tento postoj osvojit i do normálního života, kdy ze všech stran útočí reklamy na štíhlá pevná těla. Břišní tanec Nině pomohl změnit pohled na její tělo, začala si vážit „špeků“, a už nechce liposukci. Povídal jsem si také o jejím problému se staženými rameny a ohnutými zády. Hodně jí v tom podle ní pomohlo shimmy rameny. Zjistila, že je tanec mnohem zajímavější, když se nehrbí. Celý proces shrnula do jedné věty, která podle mě, vystihuje naprosto přesně, jaký pro ni měly lekce břišního tance přínos: „Dřív jsem byla jak zapelichaná kočka, teď si připadám jako tanečnice“. Začala si víc vážit sebe sama a mít se ráda.

- **Ze závěrečné zprávy:**

Předána do ambulantní péče, bez medikace. Diagnóza: Socializovaná porucha chování (F91.2), sebepoškozování, psychosociální deprivace.

3. 2. PETRA

- **Z dokumentace:**

Tato čtrnáctiletá dívka přijatá koncem října trpěla jednak poruchou aktivity a pozornosti (F90.0) a také u ní byla diagnostikována nesocializovaná porucha chování (F91.1). Patrný byl též disharmonický osobnostní vývoj a nedostatečný rodičovský dohled ve výchově. Petra se často toulala dlouho do noci venku, někdy vůbec nepřišla domů, až ráno. Experimentovala s marihuanou a nechodila do školy. Problémy s chováním měla hlavně vůči autoritám, a to ve škole i doma.

• Z tanečních lekcí:

Petra je pěkná dívka menší štíhlé postavy. Má trochu střapaté vlasy odbarvené na blond, nosí je stažené dozadu čelenkou. Většinou se tváří přidrže a „v pohodě“. Hodně jí záleží na tom, jak vypadá. Neustále prohlašuje, jak je tlustá, a jaké má špeky. Břišní tanec jí moc neříká. Je velmi roztěkaná a nepozorná, reaguje zbrkle, pořád se shazuje a podceňuje. Bylo velice těžké udržet její pozornost. Ona sama to trochu maskovala tím, že ji to nezajímá. Nejvíce to dávala najevo hned při rozcvičce. Vždy, když jsem jí na hodině začala věnovat větší pozornost a chtěla jí něco vysvětlit, okamžitě sedla na zem s prohlášením: „mě to nejde“. Pokud jsem chtěla, aby chvíli tančila, musela jsem se naučit dělat, že si jí vůbec nevšímám. To bylo ale většinou obtížné, protože hodně vyrušovala a měla neustále potřebu mluvit na ostatní. Tento její přístup, že to nepůjde, a že to nezvládne, doprovázel všechna naše setkání. Jedinou výjimkou bylo nacvičování programu na vánoční besídku. Improvizací se neúčastnila vůbec. Celkem absolvovala sedm lekcí.

• CDI

Hrubý skóre vstupního dotazníku byl celkem 28 bodů. Celkový percentil >98 značí u Petry velmi vysokou míru depresivity. Zvýšené skóre nacházíme až na škálu Interpersonální potíže ve všech subškálách. Negativní ladění vůči sobě a smutná, plačtivá nálada. Nenávist vůči sobě ústí až do myšlenky na sebevraždu. Anhedonie se projevuje zejména unaveností, nechutenstvím a špatným spánkem. Sníženou výkonnost pocítuje hlavně ve školním procesu.

Závěrečné vyšetření neukázalo v míře depresivity žádné výraznější změny. Celkový skóre byl 25 bodů, což odpovídá percentilu >97. Opět až na interpersonální potíže zvýšené skóre ve všech subškálách, téměř stejně jako před tím. Přetrvávají potíže se soustředěním, špatným spánkem a smutnou náladou. Stále se chce zabít, zároveň ale zmizela jakási jistota o tom, že se jí nedaří, a že se jí něco stane. Cítí se osaměle, nevěří si.

• ŠAD

Dlouhodobý stav hodnotila Petra ve vstupním dotazníku 52 body a aktuální 56 body. Oba výsledky odpovídají percentilu >99. Cítí velkou úzkost, bojí se, je rozrušená, zmatená a nejistá. V dlouhodobém obraze je v popředí také zmatenost, nesoustředěnost a nerozhodnost, které pravděpodobně přispívají ke vzniku dalších potíží a strachů. Objevují se i somatické projevy úzkosti.

Ve druhém vyplnění dotazníku tvoří hrubý skór dlouhodobého stavu 45 bodů (percentil 95), zatímco aktuální pocity hodnotí mnohem pozitivněji – 32 bodů, tedy percentil 56. V současné době (o dva měsíce později) se tak na rozdíl od minulosti cítí příjemně, jistě, uvolněně. Není sice úplně šťastná, ale už se netrápí různými starostmi a zmateností.

• Dotazník na vnímání těla

Petra měří 160 centimetrů a při prvním setkání váží 50 kilogramů. Není s tím vůbec spokojená. Myslí si, že by měla vážit kolem 40. Preferuje velmi štíhlou postavu, tu svou nemá ráda. Místo sportu, kterému se vůbec nevěnuje, skoro nejí. Nic se jí na jejím těle nelíbí, nesnáší své „špeky, celulitidu a povislé ruce“. Ztotožnila se s postavou G), což je vzhledem k její váze hodně zkreslené vnímání. Jako svůj ideál, kterého by chtěla dosáhnout, vidí siluetu B). Na obrázku zesílila jak horní tak i dolní končetiny a boky. V oblasti břicha jsou silné energické obloučky zdůrazňující tuk. Zvětšila i hlavu.

Při vyplňování dotazníku na závěr programu její váha vzrostla na 55. To jí sice vadí, zároveň by ale chtěla zhubnout jen na 50 kilogramů. Začaly se jí líbit plnější křivky. Na svém těle se jí ale nelíbí nic kromě zápěstí. Vybrala si pro sebe siluetu F), tedy o něco štíhlejší než předtím, ale stále příliš robustní. Ideální potom vidí postavu C), která je štíhlá, ale na rozdíl od B) má ženské křivky. Kresba se příliš nezměnila, jen ruce a obličej jsou štíhlejší. Tentokrát využila i postavu z profilu. Je vidět, že se trochu začala ztotožňovat s ženskými křivkami, a i když trochu přibrala, vidí se jako štíhlejší.

• Kresba stromu

Strom 1: Strom je velký skoro přes celý papír, posunutý mírně k pravému okraji. Kmen je silný, dole výrazně rozšířený. Základna schází, strom „visí ve vzduchu“. Koruna je schematická, arkádovitá, poměrem ke kmeni trochu malá. Z kmene vyrůstají dvě postranní větve, na konci kryté „obláčky“. Uprostřed kmene je velká černá díra. Vše je provedeno energickou, jistou čarou se silným tlakem na tužku. Z kresby i příběhu, který tvoří dvě věty, je patrná nespokojenost a neochota cokoliv prozradit. K okolí je nedůvěřivá, příliš nevěří ani sobě. Schází jí pocit pevného místa, bezpečného domova. Díra v kmeni i postranní větve napovídají nepříliš šťastné, komplikované dětství.

Strom 2: Druhý strom je hodně podobný prvnímu. Skoro se nevejde na papír, základna opět schází. Tentokrát je posunutý výrazně vlevo. Koruna je opět schematická, větší než první. Z hladkého, silného kmene vyrůstá jedna maličká větev. Linie jsou pevné, jednoduché, nepřerušované. Příběh je opět velmi jednoduchý a krátký: „*Tenhle strom je*

stoletý dub. Žije v něm hodně zvířátek a bakterií. Je tam 5 hnízd. V těch hnízdech žijou kukačky.“ Vzhledem k jejímu chování během lekcí a při rozhovoru i druhá kresba ukazuje pouze na neochotu spolupracovat a snahu mít co nejrychleji „klid“.

• **Ze závěrečného rozhovoru:**

Při závěrečném rozhovoru byla Petra trochu nervózní a nejistá. Měla občas problém mluvit o svém těle a o svých emocích. Na otázky odpovídala krátce, o ničem se nerozpovídala. Chtěla to mít rychle za sebou. Při tanci byla většinou nervózní a styděla se. Hodně ji nebavilo protažení v úvodu a závěru každé lekce. Pocity při různých pohybech popsat nedokázala. Ví jen, že rychlejší taneční prvky jako různé akcenty a třesení ji baví víc. Pomalé pohyby dlouho trvají, a to ona nevydrží. Nebaví ji to. Improvizace jí připadá trapná. Na tělesné pocity si taky nedokáže příliš vzpomenout. Uvádí jen bolesti břicha při provádění twistu. Při plynulých vlnivých pohybech si připadala „zasekaná“.

Nic zvláštního při tanci neprožívala, nedokázala se soustředit. Když jsem se ptala na její oblíbené nebo nejtěžší taneční prvky, žádné neuvedla. Při všem se cítila stejně. Baval ji jedině řecký tanec, který jsme nacvičovaly pro naše vystoupení na vánoční besídce oddělení.

Svoje tělo vnímá jako tlusté. Přibrala během hospitalizace, údajně z medikace. Břišní tanec její pohled na sebe nijak nezměnil. Vnímá své tělo stejně jako předtím. Na otázku, jestli se zbavila trochu pocitu, že jí to nejde, odpověděla velmi nekompromisně. Je přesvědčená o své nemotornosti. U Petry můžeme uvažovat o záměrném zkreslení výsledků vyšetření. Z hlediska její osobnostní struktury je pro ni ukázání změny příliš ohrožující.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Propuštěna bez medikace. Diagnóza: Socializovaná porucha chování (F91.2), disharmonický osobnostní vývoj.

3. 3. RADKA

• **Z dokumentace:**

Patnáctiletá Radka byla na oddělení hospitalizována kvůli disharmonickému osobnostnímu vývoji a socializované poruše chování (F91.2). Zhoršilo se její chování

doma, neposlouchala, chodila pozdě domů. Doma se vůbec málo zdržovala, našla si staršího přítele (38 let). Teď má 23letého. Do školy docházela, ale rapidně se jí zhoršil prospěch. Postupně ztratila zájem o všechny koníčky. Nedává pozor na své věci, doma se ztrácí peníze. Rodiče měli obavu z drog.

• Z tanečních lekcí:

Radka je středně vysoká, štíhlá dívka. Světlé vlasy má většinou stažené do culíku, nosí brýle. K tanci měla spíš negativní přístup. Nechtěla se moc zapojovat, bylo těžké ji něčím zaujmout. Většinou respektovala náplň našich setkání, ale šlo to mimo ni. Občas byla na hodině spokojená a milá, hodně to však záleželo na ostatních dívkách ve skupině. Pokud k sobě našla někoho, kdo sdílel její nechuť se účastnit, chovala se přezíravě a klackovitě. Asi nejspokojenější období měla před Vánoci, když jsme se připravovaly na besídku na oddělení. Pohybově na tom nebyla špatně. Měla trochu ztuhlá ramena a lehce kulatá záda, ale jednotlivé taneční prvky jí šly. Problém byl v tom, že nechtěla, aby ji tanec bavil, a aby se něco naučila. Investovala do toho minimum energie, pohybovala se většinou ledabyle a bez zájmu. Jejímu tanečnímu projevu chyběla ženskost. Celkem jsme spolu absolvovaly devět lekcí, což pro ni možná bylo málo. Myslím, že by se s ní pracovalo lépe individuálně než ve skupině.

• CDI:

V úvodním dotazníku dosáhla hrubého skóru 21 bodů, tedy percentilu 95. Tato vysoká míra depresivity se projevila téměř rovnoměrně ve všech subškálách. Radka špatně vychází s lidmi. Hodně věcí ji nudí, což se odráží na jejím výkonu ve škole i mimo ni. Přiznává suicidální myšlenky. Má nízké sebevědomí.

V druhém, závěrečném dotazníku byl Radčin celkový hrubý skór 11(percentil 69). Depresivní potíže se zmírnily, i když ještě pořád přetrvávají. Výrazně se zlepšila špatná nálada (A) a prožívání anhedonie (D), které jsou nyní v normě. Asi největší problémy má se svou nevýkonností, nedaří se jí tak, jak by chtěla. Přetrvávají i interpersonální potíže a konflikty, ale snaží se to zlepšit. Sama sebe stále hodnotí spíše negativně, ale nepřemýšlí už o tom, že by si ublížila.

• ŠAD:

Vstupní skór dotazníku byl pro dlouhodobý stav 34 bodů, stejně jako pro aktuální. Podle percentilových norem je dlouhodobé rozpoložení obvyklé (56). Radku občas něco

trápí, někdy má těžkosti a necítí se dobře, ale tyto potíže jsou v rámci normy. Současné pocity naopak ukazují na zvýšenou hladinu úzkosti (70), i když odpovědi jsou laděné spíše v klidném, uvolněném tónu. Cítí se nejistě a má starosti. Míra úzkosti může souviset i s novým prostředím a testovou situací.

V závěrečném vyplnění dotazníku se dlouhodobý stav téměř nezměnil. 33 bodů odpovídá percentilu 50, tedy normální míře úzkostných potíží. V tuto chvíli se cítí také dobře, hrubý skóre pro aktuální stav je 30 bodů, a to odpovídá percentilu 41. Tedy výrazně nižší míře úzkosti než před dvěma měsíci. Je veselá, klidná, šťastná, už se netrápí.

• Dotazník na vnímání těla

Radka ve svých patnácti letech měří 168 centimetrů. Váží 49 kilo, což nepovažuje úplně za ideální váhu. Myslí si, že vzhledem ke své výšce by měla vážit do 50 kilogramů, ne méně. Na ženě preferuje velmi štíhlou postavu. Aktivně se věnuje atletice, a to jak pro dobrý pocit, tak pro udržování postavy. Sport doplňuje omezováním jídla. Přestože uvedla, že je se svou váhou vlastně spokojená, nemá svou postavu ráda. Nelíbí se jí na sobě snad nic kromě očí. Nemá ráda své boky a ramena. Myslí si, že je tlustá. Jako první vybrala siluetu F), tedy hodně vzdálenou svému reálnému vzhledu. Chtěla by se přiblížit vzezření siluety A). To, jak sama sebe vnímá, a jaká si přeje být, je zcela v rozporu s údaji, které uvedla na začátku. Do obrázku prázdné postavy doplnila usměvavý obličej a zvětšila obvodové linie horních končetin, boků, lýtek i chodidel. Jakoby celou postavu nafoukla.

Po dvou měsících se její odpovědi příliš nezměnily. Přibrala ale dvě kila a uvedla, že si myslí, že je to pro její postavu normální váha. Jako první uvedla opět siluetu F), se kterou se pořád nejvíce ztotožňuje. Ideální jí tentokrát připadala silueta B). Do prázdné postavy zakreslila výrazně větší, širší ramena, kulaté, hodně vyklenuté boky a širší lýtka. Linie jsou tentokrát baculatější a prostorově výraznější než v první kresbě. Uvedla, že na jejím těle se jí líbí ruce a lýtka, protože na nich má svaly. Nesnáší své boky a tuk na těle.

• Kresba stromu

Strom 1: Kresba je velká skoro přes celý papír a velmi jednoduchá. Kmen vyrůstá ze spodního okraje papíru a je jakoby obrácený. Dole u paty je celkem úzký a směrem nahoru se rozšiřuje. Na kmeni je posazená koruna ve tvaru koule, uvnitř prázdná. Celý strom připomíná spíš hřib, nějakou pýchavku. Čáry jsou tenké, nespojité, linie několikrát přetahované. Působí nezrale a nejistě. Patrné slabé zakotvení v životě, vratkost, nízké sebevědomí. Koruna také napovídá velkou uzavřenost a špatnou spolupráci. Příběh také

velmi jednoduchý. Celkově kresba působí chladně, emočně ploše. V popředí je silná nespolutpráce.

Strom 2: Druhý strom je hodně podobný prvnímu. Opět je ve tvaru hříbu, tentokrát ale chybí oddělení kmene a koruny od sebe. Tahy tučkou jsou opět několikrát přetahované, trochu výraznější. Celý vnitřek koruny je vyplněný malými kolečkami, která můžou být jakousi potřebou sebezduřaznění nebo snahou o získání pozornosti. Stejně jako první kresba působí emočně ploše, bez zájmu. Příběh (3 věty) vypráví o tom, že tento strom kdysi zasadila společně s rodinou, a teď je mu 15 let jako jí. Písmo je velké, výrazné.

• Ze závěrečného rozhovoru

Radka byla při našem rozhovoru uvolněná, přátelská. Odpovídala mi sice stručně, ale upřímně. Za naše neshody se omlouvala. Vzala vinu na sebe a své negativistické chování. Břišní tanec pro ni znamenal především dobrý pocit, že něco dělá, že se hýbá. Přinášel jí uvolnění a „srandu“. Jinak o svých pocitech nechtěla mluvit, byla uzavřená. Nedokázala mi říct nic o tom, co prožívala a jak se cítila při jednotlivých tanečních prvcích a v různých částech hodiny. Jediné, co mi popsala, byla improvizace. Hodně ji nebavila. Nevěděla, co má dělat. Z tělesných pocitů převládalo uvolnění, pocit, že se třesou špeky. Při dropu nebo shimmy jí často křupalo v kyčli, což bylo hodně nepříjemné. Jako nejoblíbenější označila osmičky pánví. Naopak nejtěžší jí připadalo shimmy rameny.

Svoje tělo dokázala popsat velmi stručně. Připadá si tlustá, má tlusté boky a břicho. Na otázku, jestli nějak břišní tanec změnil pohled na její tělo, odpověděla, že ho vnímá stejně. Připadá si stejná jako předtím. Je na ní vidět, že ji tanec nijak zvlášť neoslovil, bere ho „jen“ jako relaxační aktivitu a možnost pohybu během hospitalizace. Ale přináší jí příjemný pocit, a to je hlavní.

• Ze závěrečné zprávy:

Propuštěna bez medikace. Z důvodu nepříznivého vývoje osobnosti doporučena dlouhodobá psychoterapie celého rodinného systému. Diagnóza: Socializovaná porucha chování (F91.2), disharmonický osobnostní vývoj k disocialitě, subnormní intelekt.

3. 4. ZUZANA

• Z dokumentace:

Zuzana byla přijata na oddělení také v říjnu. Trpěla mentální anorexií (F50.0). Její BMI v té době bylo 14,1. Byla to velmi cílevědomá dívka. Velmi pečlivě se věnovala škole. Ke svým potížím byla naprosto nekritická, bez náhledu, bez motivace k léčení. Nesouhlasila s tím, že je hubená. S chováním potíže neměla ani v nejmenším.

• Z tanečních lekcí:

Zuzka se tance hodně bála. Ze začátku se nechtěla zapojovat, byla hodně uzavřená a málomluvná. Často si stěžovala na bolesti hlavy, zad, a na nevolnost. Zároveň ale vždy pečlivě plnila to, co jsem po ní chtěla. Víc než tanečnice byla pilná studentka. Byla na sebe hodně přísná, snažila se všechny prvky provádět okamžitě správně a precizně. Pak bývala smutná, že ji tělo neposlouchá. Většinou se schovávala ve velkém svetru, takže pro mě bylo obtížné sledovat její pohyby. Postupem času ale dělala pokroky. Nejlépe jí šlo kroužení boky, osmičky, zkrátka všechny pomalejší pohyby a izolované akcenty. Třesení při shimmy nebo twistu jí dělalo problémy, nebyla schopná dát do pohybu energii. Velké pokroky dělala při práci s hrudníkem. Stejně jako Linda jím na první hodině skoro nemohla pohnout do stran. Oběma se ale nakonec podařilo tuto část těla rozhybat do slušného rozsahu. Během několika lekcí, kdy byly dívky rozdělené do dvou menších skupin, byla Zuzana uvolněnější, spokojenější, víc se bavila. Celkem jsme se spolu na tanečních hodinách viděly třináctkrát.

• CDI:

Celkový počet bodů ve vstupním dotazníku byl 30, tedy percentil >98. Zvýšená míra potíží se ukázala ve všech subškálách, nejvíce však ve špatné náladě a prožívání anhedonie. Je velmi smutná, plachá, bez zájmu o cokoliv. Její interpersonální potíže nespočívají v konfliktech, ale v izolaci a osamělosti. Nejraději je sama, kamarády žádné nemá a ve škole se nebaví. Cítí se osaměle. Je unavená, bez chuti k jídlu.

Opakované sejití dotazníku ukázalo stále vysokou míru depresivních obtíží. Celkový skóre je 22 (percentil 97), tedy. Zlepšila se její výkonnost i kontakt s lidmi, už se jím tolik nestraní. Stále má velmi špatnou náladu, je smutná, necítí se dobře. Zhoršilo se i její sebehodnocení. Přistupuje k sobě velmi kriticky a negativisticky, objevily se i suicidální myšlenky.

• ŠAD:

Výsledky prvního dotazníku ukázaly velmi vysokou míru úzkosti. Dlouhodobě se necítí šťastná, je plačtivá, má strach a neustále ji trápí různé starosti a myšlenky. Hodně jí záleží na tom, co si o ní ostatní myslí, což ji v kombinaci s jejím nízkým sebevědomím a studem hodně trápí. Celkový skóre bylo 42 bodů, které odpovídají percentilu 90. Svůj aktuální stav vnímá ještě intenzivněji. Celkem dosáhla 44 bodů, percentilu 98. Opravdu intenzivní vnímání úzkosti a špatné nálady. Je hodně nejistá, zmatená, smutná a ustaraná. Navenek se snaží působit klidně.

Její stav, co se týče úzkostných projevů, se příliš nezměnil. Z dlouhodobého hlediska se cítí pořád stejně, celkový skóre dotazníku je 43 bodů, percentil tedy 92. Stále nízké sebevědomí, hodně se vším nechá trápit. Aktuální rozpoložení je také stejné. 42 bodů převedeno na percentil 96 značí opět vysokou míru prožívané úzkosti. Zdůrazňuje stále smutnou náladu, strach a velkou ustaranost a nejistotu.

• Dotazník na vnímání těla

Zuzana při své výšce 163 centimetrů váží pouze 38,5 kilogramů. Se svou váhou je spokojená, považuje ji za ideální. Na ženách preferuje velmi štíhlou siluetu, které se také snaží dosáhnout. Moc nesportuje, pokud přeci jen ano, výhradně pro udržování štíhlé postavy. Jí velmi málo. Sama sobě se nelíbí, nemá své tělo ráda. Kritizuje své boky, divnou pánev, která je moc široká, stehna jí připadají také hrozná a tlustá, a nelíbí se jí příliš malá prsa. Spokojená je snad jen se svými očima. Z řady siluet vybrala jako sobě nejvíc podobnou C). Chtěla by vypadat jako silueta B). Postavě, kterou měla upravit podle svého vzhledu, zeštíhlila boky a vnitřní strany stehen. Na obrázku z profilu zarovнала do rovné linie lýtka, zadek i břicho. Výrazně také ztenčila paže a hodně zmenšila prsa.

Při druhém sejití dotazníku její váha o dost vzrostla, a to na 47 kilogramů. Na otázku, jestli si myslí, že je to normální váha, vzhledem k její výšce, odpověděla kladně. Zároveň ale uvedla, že začala cvičit, aby si postavu udržovala. Stále si hlídá příjem jídla, snaží se nepřejídat. Myslí si, že se stále nejvíc podobá siluetě C), a chtěla by vypadat jako A), která je velmi hubená, až vychrtlá. Na svém těle nenašla nic, s čím by byla spokojená. Její tělo je velké, třepe se, má velká stehna a vypouklé břicho. To vše se jí nelíbí. Nákresem jejího těla se příliš nelišil od toho prvního, a to i když hodně přibrala. Opět zeštíhlila horní končetiny, lýtka a stehna. Zadeček zarovнала do přímé linie se stehny. Prsa jsou hodně zmenšená. Je patrné, že i když o své váze soudí, že je normální, a sama sebe kreslí jako hubenou, pokud o sobě přemýšlí, vidí se jako tlustá a velká. Opět touží zhubnout.

• Kresba stromu

Strom 1: Velká kresba znázorňuje košatý strom, který vypadá pružně a mladě. Zdůrazněná základna napovídá zvýšenou potřebu opory a zázemí. Větve jsou rovnoměrně rozmístěné a harmonicky uspořádané, v jednom místě překřížené. Tvoří je oblé, uvolněné křivky, jejich konce jsou otevřené. Kresbu zdobí několik lístků srdcovitého tvaru. Lze usuzovat na dobrou přizpůsobivost, pečlivost, snahu dělat dobrý dojem, ale také nejistotu a nerozhodnost. Příběh je promyšlený a ucelený. Písmo je velmi úhledné. Je z něj patrná osamělost, smutná, zasněná, až depresivní nálada, touha zamilovat se, sdílet s někým své pocity a mít pevné zázemí.

Strom 2: Druhý strom je méně pečlivý (puntičkářský). Chybí základna i napojení větví na kmen. Ten je opět tvořen hladkými liniemi, dole rozšířený. Tvar koruny je stejný jako u první kresby. Je velká, košatá, s několika málo listy. Větve jsou o poznání přímější, směřují hodně do vrchu. Až na pár výjimek jsou na koncích otevřené. Tahy jsou uvolněné, jednoduché se slabým tlakem na tužku. Objevuje se zvýšená kritičnost a cílevědomost. Zároveň ale dále nevyjasněnost v tom, co by chtěla, nebo nejistota v tom, co má očekávat, což koresponduje s její rodinnou situací. Z příběhu je patrná citlivost a jemnost. Je ve stejném duchu jako první. Popis stromu: „*Tento stromek roste sám, kolem něj žádné jiné stromy nejsou... Ani mu to nevadí, samotu měl vždycky rád. Ale občas k němu někdo zavítá, většinou lidé, co se také cítí sami. Obejmou ho, a náhle se cítí o poznání lépe. Strom jim pomáhá, a když je opravdu nejhůř, dokonce i vykvete, aby si lidé mohli utrhnout jeho kvítky a doma si je dát do vázičky. Najednou je něco hřeje u srdce a jdou spát s pocitem, že je někdo s nimi.*“

• Ze závěrečného rozhovoru:

Pro Zuzku byl břišní tanec možnost, jak se úplně uvolnit. Pomáhal jí zahánět bolesti hlavy, kterými často trpěla. Během tance také přišla na jiné myšlenky, nebo spíš nemusela myslet na nic, což jí dělalo dobře. Pomalé pohyby a různé vlnění ji uvolňovaly, zatímco ty rychlejší, živější ji probudily. Normálně prý není tak živá, ale tohle ji rozvrtělo. V těle cítila jakoby setřásání, třasy a akcenty jí dodávaly energii. Občas se objevila bolest břicha, způsobená špatným, nedostatečným dýcháním. K improvizaci mi toho moc říct nedokázala. Většinou se do ní nezapojovala, nevěděla, co má dělat, bylo to těžké.

Když měla popsat, jaké je její tělo při tanci, jak vypadá a jak ona ho vnímá, paradoxně ho nepopsala vůbec. Při tanci se jí tolik nezabývá, nemyslí tolik na to, jak vypadá. Hodně si oblíbila různé pohyby a vlnění paží a rukou, bavilo ji učit se jednotlivé taneční prvky

spojovat a kombinovat. Nejtěžší pro ni bylo přenášení váhy z nohy na nohu, se kterým pořád bojovala, a velbloud. Břišní tanec jí také pomohl změnit pohled na její postavu. Zjistila, že její tělo může být i hezké, například ruce. Víc o tom ale mluvit nedokázala. Měla v hlavě trochu zmatek a ještě pořádně nevěděla, jak naložit s tím, že si občas připadá uvolněná a hezká.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Po propuštění doporučeno pokračovat v rodinné psychoterapii. Medikace: Citalec 20 mg. Diagnóza: Mentální anorexie (F50.0).

3. 5. LINDA

• **Z dokumentace:**

Tato dvanáctiletá dívka byla hospitalizována pro podezření na mentální anorexii (F50.0) a lehké depresivní potíže (F32.0). Matka trpěla schizofrenií, Linda žila s otcem, jeho přítelkyní a starší sestrou. Vykazovala známky emoční a sociální deprivace v rodině. Na oddělení byla vstřícná, trochu manipulativní, bez suicidálních tendencí. Měla přiměřené sebehodnocení.

• **Z tanečních lekcí:**

Linda působila velmi dětsky. Na svou výšku 156 centimetrů vážila jen asi 36 kilogramů, byla hodně hubená. Měla nakrátko ostříhané tmavé vlasy, velké, zvědavé, veselé oči a široký úsměv. Byla hodně energická, její pohyby byly trhané a důrazné. Prvních pár hodin ji břišní tanec nebavil. Dávala mi najevo, že mi nevěří, a že nechápe, proč tohle musí dělat. Pak mi jednou řekla: „Já nevím proč, ale začalo mě to fakt bavit“. Od té doby byla na hodinách hodně aktivní, ráda zkoušela nové věci. K tanci měla kreativní přístup, sama vymýšlela, jak se dá s určitým pohybem pracovat dál, jak ho rozvíjet. Její tanec byl nadšený a tak trochu kostrbatý a rozházený. I přes všechny pokroky mi ale vždycky odporovala, když jsem ji za něco pochválila. Říkala: „vím, že mi to nejde, mě nepřesvědčíš“. Často si také stěžovala, že nemá žádné břicho a zadek, což jí tanec ztěžovalo. Celkem jsme se viděly třináctkrát, mezi tím byly vánoční prázdniny, což pro nás znamenalo třítydenní pauzu.

• CDI:

První dotazník naznačuje, že je Linda hodně depresivní. Celkový hrubý skóre byl 24 bodů (percentil 95). Zvýšené jsou všechny subškály. Je smutná, nic ji nebaví, nedokáže se moc soustředit. S lidmi vychází dobře, ale často se jich straní a dává přednost samotě. Má snížené sebehodnocení, je nejistá. Potíže se projevují i v somatickém stavu. Bez suicidálních tendencí.

Závěrečné vyšetření touto škálou neukázalo zásadní změny v jejím stavu. Výsledky ukazují stále na velmi vysokou míru depresivních obtíží – 21 bodů, to znamená percentil 95. Potíže přetrvávají, objevily se suicidální představy.

• ŠAD:

Míra úzkostnosti u Lindy je z dlouhodobého hlediska lehce zvýšená. Percentil 67 (36 bodů). Je občas příliš ustaraná. Nejvíce ji asi trápí situace doma. Objevují se somatické projevy úzkosti. Svůj aktuální stav nepopisuje nijak dramaticky. I když percentil 76 (35 bodů) značí spíše vyšší hladinu úzkosti, Linda je klidná a veselá. Jen se cítí trochu nejistě, zmateně. Možná snaha působit vyrovnaně a nechuť se otevřít.

V závěrečném dotazníku se její hodnocení dlouhodobého stavu téměř nezměnilo. Celkem 35 bodů, percentil 62 odpovídá stálým mírným potížím. Výrazně však vzrostly hodnoty při hodnocení aktuálního rozpoložení. 44 bodů, tedy percentil 98, znamenají velmi vysokou míru úzkosti. Odpovědi jsou hodně rozporuplné, na jedné straně je veselá a klidná, na straně druhé vystrašená, utrápená, nešťastná, má strach. Při rozhovoru i vyšetření byla usměvavá, veselá, energická. Důvod svého strachu nezmínila.

• Dotazník na vnímání těla:

Ve vstupním dotazníku Linda uvedla, že měří 156 centimetrů a váží 36 kilogramů. Myslí si, že její váha by měla být kolem 50 – 56 kilo, se současným stavem není spokojená. Nemá svou postavu ráda. Sportuje, protože má z pohybu radost. Začala hodně jíst, chce přibrat. Z řady ženských postav vybrala tu nejhubenější, tedy A). Tak podle sebe momentálně vypadá. Ráda by to změnila a podobala se siluete D), jejíž křivky se jí líbí víc. Obraz ženské siluety opravila na výrazně hubenou. Zakreslila úplně rovné boky, propadlý zadeček a vystouplá žebra. Prsa zrušila křížky a siluete přidala výrazně vystouplé klíční kosti. Tomu odpovídal i její popis svých kladů a záporů. Nemá ráda kosti, které jí všude lezou. Má hubené boky a vůbec žádná prsa. Líbí se jí jen vlasy.

Linda za dva měsíce vyrostla o čtyři centimetry a přibrala dvě a půl kila. Váží tedy 38,5, což by stále chtěla změnit a dostat se až na 50 kilogramů. Se svou postavou už je spokojenější než předtím. Pořád se snaží hodně jíst, ale nepřejídá se. Ztotožnila se se siluetou B) a jako svůj ideál vidí stále postavu D), která má výraznější a plnější ženské křivky. Postavě na obrázku stále upravuje proporce na dost hubené, jsou ale přece jen více zakulacené než předtím. Stále jí na sobě hodně vadí kosti na ramenou, ale začala být spokojená se svým obličejem, který je kulatější, a bříškem. Asi největší radost měla ze svých prsou, která jsou větší, než byla.

• Kresba stromu:

Strom 1: Lindin strom je velký přes celý papír a dost jednoduchý až schematický. Kmen vyrůstá z dolního okraje a je tvořen dvěma hladkými, jednoduchými liniemi. Koruna je velká, uzavřená souvislou, lehce zvlněnou čarou. Uvnitř jsou pár jednoduchými čarami naznačeny větve, které nenavazují na kmen. Uprostřed je znázorněno hnízdo se třemi ptáčky. Je dost propracované, věnovala mu velkou pozornost. Tahy tužkou jsou slabé, uvolněné. Kresba je hodně nezralá, infantilní. Patrná jistá uzavřenost, odstup a schematický přístup. Z provedení je dále možno vyčíst nejistotu a úzkostné ladění. Zvýrazněná potřeba bezpečí domova, která jí chybí.

Strom 2: Strom je opět velmi jednoduchý. Kontury kmene jsou tentokrát víckrát přečárané na obou stranách. Koruna je tvořena hladkou koulí. Větve mají jednoduchý, schematický tvar, a umístěny jsou volně v prostoru koruny. Je vidět větší nervozitu a citlivost, nedůvěru k vnějšímu světu. Snaha uspět, jistá cílevědomost. Příběh: „*Byl jeden strom a ten si připadal hubený, až vychrtlý. Jednoho dne si zamluvil, že se musí, musí a musí zlepšit, musí být silnější, aby ho nějaký trouba hned tak neporazil. Říkal si: musím čerpat hodně energie, nemůžu se nechat žrát od nějakých lýkožroutů a červů. A tak se snažil a snažil a nakonec z něj vyrostl nádherný silný strom a on se sebou byl náramně spokojen.*“ V ústředním zájmu této dívky je momentálně její tělo a snaha přibrat a poprat se se svými potížemi. V příběhu je značná rozhodnost a odhodlání, které projevovala i v tanci a rozhovoru.

• Ze závěrečného rozhovoru:

Linda byla při rozhovoru spontánní, ale držela si trochu odstup. Odpovídala, krátce a jednoduše. Tanec jí přinesl různé pocity. Při rychlých pohybech a třesení zažívala radost, byla hned veselejší. Po tělesné stránce ji vždy uvolnily. Stěžovala si jen na občasné bolesti

v bříšku z nedostatečného dýchání, stejně jako většina ostatních dívek. Když měla popsat pocity z pomalých, vlnivých pohybů, vzpomínala, že v ní probouzely smutek. Při pomalé hudbě se začaly objevovat myšlenky na rodinu, což ji vždy rozesmutnilo. Zároveň její tělo zažívalo lehkost. Improvizace pro ni byla těžká, nevěděla, co má dělat. Oblíbila si osmičky a velblouda. Nejtěžší se jí zdálo shimmy, ale jen ze začátku, pak už to bylo lepší.

Svoje tělo popsala jako vychrtlé. Při tanci je ráda, že se trochu třepe. Dívá se na něho jinak než dřív. Břišní tanec jí pomohl mít radost z toho, že je už trochu tlustší. Ze začátku si tanec moc neužívala a nevěřila si. Ptala jsem se tedy, jestli se to změnilo. Zvedlo se jí sebevědomí. V duchu si prý říká, že je nejlepší, a to jí pomáhá se projevit.

• **Ze závěrečné zprávy:**

S předáním do ambulantní péče doporučena rodinná psychoterapie a posilování sociálních kompetencí Lindy. Medikace: Nadále Fevarin 50 mg. Diagnóza: Reaktivní depresivní porucha (psychotické onemocnění matky, doplněná rodina).

3. 6. MARTINA

• **Z dokumentace:**

Začátkem listopadu byla přijata pro poruchu chování, a to pouze v rámci rodiny (F91.0). Ve škole byla nenápadná, dokonce byla předsedkyní třídy. Doma však obtížně přizpůsobivá, měla výrazné výbuchy zlosti. Nejčastěji měla konflikty s matkou, později se začala chovat agresivně a uplatňovat hrubou fyzickou sílu. Martině bylo třináct let. S otcem moc v kontaktu nebyla, hodně času trávila u prarodičů z matčiny strany, kde se chovala podobně.

• **Z tanečních lekcí:**

Martina byla štíhlá dívka s dlouhými, hnědými a velmi hustými vlasy. Většinou na sobě měla rifle a tričko. Zdála se mi ze začátku křehká jako porcelánová panenka. Dívala se na mě převážně vážnými očima, jakoby neustále zkoumala, co si o ní myslím. Neměla ráda, když jsem jí věnovala pozornost. Jakmile jsem k ní přistoupila trochu blíž, doslova ztuhla, přestala tančit a jen na mě ustrašeně koukala. Posledních pár hodin ale byla uvolněnější, veselejší, užívala si je. Bylo vidět, že jí prospívá menší počet dívek ve skupině. Hodně ji bavily osmičky. Hrudník se jí moc nepodařilo rozhýbat, byla pořád trochu ztuhlá a napjatá. Ale přestala se tvářit tak nepřístupně a bavila se. Poslední hodinu

byla hodně veselá a rozjívená, což bylo nejspíš způsobené radostí z odchodu domů následující den. Celkem absolvovala devět lekcí.

• CDI:

V úvodním dotazníku dosáhla Martina 14 bodů, percentilu 79. Tyto středně závažné potíže a depresivní ladění se nejvíce projevují v interpersonálních potížích a negativním sebehodnocení. Často se necítí dobře a lidem se raději vyhýbá. Sama sebou si není jistá, je negativistická a přiznává i suicidální myšlenky. Její rozpoložení ale nijak neovlivňuje její výkonnost a nasazení ve škole, kde je spokojená.

Po zhruba dvou a půl měsících byl dotazník sejmут podruhé a celkový skóre 15 bodů ukázal v podstatě stejnou míru depresivních potíží. V rámci jednotlivých subškál však došlo ke změnám. Asi k nejvýraznějším patří náhlá nevýkonnost a nesoustředěnost. Do svých povinností, které předtím zvládala bez problémů, se musí nutit. K lepšímu se upravily její vztahy k lidem, neuzavírá se tolik. Je stále trochu nejistá, ale přistupuje k sobě už pozitivněji a bez přehnané kritiky. Nyní bez suicidálních tendencí, špatná nálada přetrvává.

• ŠAD:

Škála na měření úzkosti a úzkostnosti ukázala dlouhodobě zvýšenou míru těchto potíží. Skóre 40 bodů je značně vysoký a odpovídá percentilu 85, tedy velké úzkostnosti. Své strachy a trápení si většinou nechává pro sebe, záleží jí na mínění druhých, stydí se. Aktuální vyhodnocení úzkostného stavu je v rámci normy. 31 bodů odpovídá percentilu 49, to znamená celkem běžné a časté projevy.

Závěrečný dotazník přinesl skoro stejný výsledek, co se dlouhodobého stavu týče. Percentil 92 se 43 body ukazuje na stále velmi vysokou hladinu úzkostnosti. Starosti jí začal dělat i výkon ve škole, se kterým, jak se ukázalo v CDI, má nyní potíže. Radikálně se změnilo aktuální prožívání. V době vyšetření dosáhla 24 bodů, což je percentil 4, tedy téměř bez jakýchkoliv projevů úzkosti. Svůj stav popisuje jako velmi dobrý, s ničím nemá problém. Vyšetření probíhalo ihned po taneční lekci, na které se Martina opravdu hodně bavila a byla spokojená. Výsledné skóre může být také motivované silnou touhou jít domů a ničím si to už nepokazit.

• Dotazník na vnímání těla:

Ve svých třinácti letech Martina dosáhla výšky 170 centimetrů. Se současnou váhou 58 kilogramů je spokojená, skoro nic by na tom neměnila. Líbí se jí plnější křivky. Pro svůj dobrý pocit se věnuje sportu. Z řady siluet vybrala v obou případech siluetu C), kterou považuje za své ideální proporce. Zároveň si myslí, že se od nich příliš neliší, a že její tělo v podstatě splňuje její představy a ideály. Na obrázku postavě dokreslila dlouhé vlasy, které má ve skutečnosti opravdu velmi husté, rozšířila pas a zvětšila dolní oblast stehen. V souladu s tím přiznala, že není spokojená se svými stehny, která se jí zdají velká, a trochu se svým bříškem. Líbí se jí ale, že není úplně hubená, že je „akorát“.

Závěrečný rozhovor o vnímání svého těla probíhal v podobném duchu. Za dobu mezi dvěma vyšetřeními oslavila čtrnácté narozeniny a zhubla o pět kilo. Nyní tedy váží 53 kilogramů. Líbí se jí štíhlejší postava, je spokojená s tím, jak teď její tělo vypadá. Jako první vybrala siluetu D). Paradoxně i když zhubla, připadá si silnější. Jako ideální vidí stále postavu C). Postavě na obrázku zakreslila dlouhé husté vlasy, silnější pas a menší prsa. Jinak ji neupravovala a i změny, které provedla, jsou nepatrné. Svou spokojenost potvrdila, Její tělo se jí líbí, nemá tlusté nohy, ani břicho. Vadí jí však hodně její malá prsa a vlasy, jsou roztřepené. Ke svému obličejí je velmi kritická.

• Kresba stromu:

Strom 1: Strom je velmi schematický, nezralý. Vyrůstá z dolního okraje, linie kmene jsou nejisté. Kmen je mírně prohnutý doleva a shora uzavřený. Korunu tvoří jediná zvlněná linie, působí hodně odbytě a bez zájmu. Dá se usuzovat na obranný postoj, nejisté postavení a potlačování emocí. Linka je tenká, nervózní, nese stopy úzkosti. Z příběhu patrná osamělost, izolovanost, touha po přátelství a kontaktu. Zároveň jistá rezignace na situaci.

Strom 2: Opět jednoduchá, přiměřeně velká kresba. Kmen se základnou na spodním okraji má hladké linie, vpravo zvlněné. Už není uzavřený, napojují se na něj obrysy koruny. Ta už má lepší tvar. Je arkádovitá, pravidelnější. Celou ji vyplňují třešně a jedno hnízdo s ptáčkem. Ten je dominantou celé kresby i příběhu. „*Byl jednou jeden strom a ten byl šťastný že na něm bydlí jeden ptáček se kterým si mohl povídat a bylo mu s ním dobře sice byl jenom jeden ale nevádí.*“ Kresba je celkově chudá, emočně plochá, se známkami depresivního ladění. Martina má potíže s adaptací. Snaha ozdobit chudou kresbu, vylepšit dojem, možná i projev veselosti, pramenící ze získání nějakého přítele, o kterém se zmiňuje v popisu kresby. Také silná potřeba ukotvení. Myšlení je do jisté míry rigidní.

• **Ze závěrečného rozhovoru:**

Pro Martinu znamenaly hodiny břišního tance příjemně strávený čas. Bylo to pro ni uvolňující a dokázala přestat myslet na své problémy. Ze začátku se, jak uvádí, hodně styděla. Emoce při tanci popsala takto. Třasy a akcenty jí dodávaly energii. Všechny tyto svižné pohyby a rychlý rytmus ji vždy probudily a povzbudily. Naproti tomu pomalé, vlnivé prvky a hudba ji trochu uspávaly. Bylo to velmi uvolňující a příjemné. Na improvizaci jeden jednoduchý názor nemá. Hodně to záleželo na tom, jakou měla náladu. Když byla veselá, dokázala se do ní zapojit. Bavila ji třeba chůze do osmiček, základní krok, osmičky nebo různé pohyby pažemi. Nic neobvyklého během tance necítila. Z tělesných pocitů zmiňuje bolest v břichu při twistu a také křupání v noze při provádění dropu. Svoje tělo při tanci popsala spíš pozitivně. Nemyslí si, že je nějak tlustá, řekla by, že tak akorát. Vnímá ho stejně jako předtím, protože byla celkem spokojená i v minulosti. Změnilo se pouze její sebevědomí. Méně se při tanci stydí.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Doporučeno pokračování v rodinné psychoterapii. Medikace: Sertralin 50 mg, Apo Risper 1 mg. Diagnóza: Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0).

3. 7. HANA

• **Z dokumentace:**

V dokumentaci má Hana uvedenou Socializovanou poruchu chování (F91.2), dále disharmonický osobnostní vývoj, vyhubavé a histrionské rysy. V anamnéze je také uvedena Separační úzkostná porucha typu školní fobie, pro kterou byla léčena již v minulosti. Nyní je přijata na oddělení opět pro školní potíže. Má velké absence, podle rodičů blok z výuky. Ze stresu mívá nevolnosti a chvění. Velmi se bojí, jak dožene zameškané hodiny. Původně úzkostná vyhubavá porucha se postupně rozvíjela do poruchy chování.

• **Z tanečních lekcí:**

Hanka je milá, extrovertní, usměvavá dívka. Na svých 15 let má vysokou, vyspělou, trochu robustnější postavu. Působila na mě starším dojmem. Má světlé, lehce kudrnaté,

střapaté vlasy. Na hodinách se vždycky chovala přátelsky, rozumně a i přes mírnou tenzi celkem uvolněně. Od začátku byl patrný její kladný vztah k tanci. Bylo na ní vidět, že ji pohyb baví, a podle jejího projevu také poznat, že to není její první zkušenost s tancem obecně. Její pohyby byly jemné a uvolněné. I když se zpočátku trochu styděla, užívala si celou lekci i improvizaci. Byla kreativní. Měla uvolněné boky, hrudník i ramena, takže jí taneční prvky, které jsme se společně učily, nedělaly moc potíže. Menší problémy měla jen s koordinací končetin při tanci. Koncem zimy si bohužel zlomila levé zápěstí. Tanec tak měla ztížený, pohyby rukama musela vynechávat. I přesto si ale dokázala poradit a účastnit se. Ke konci pobytu začala dojíždět do školy, a to většinou v čase, kdy jsme tančily, takže jsme se viděly nepravidelně. Dohromady se účastnila deseti lekcí.

• CDI:

Celkový skóre úvodního dotazníku 10 bodů vypovídá jen o mírných depresivních potížích (percentil 64). Hodně zvýšená je subškála vypovídající o nevykonnosti. Hana má pocit, že se jí moc nedaří a cítí se méněcenná. Mírné problémy se také objevily v interpersonální sféře, často se cítí špatně. Ve škole potíže nemá. Špatná nálada a anhedonie jsou v rámci normy, zvýšené je negativní sebehodnocení.

Téměř po třech měsících byl dotazník Hanou vyplněn se stejným celkovým skóre, tedy 10 bodů. Mírné potíže tedy přetrvávají. K nějakým změnám však přeci jen došlo. Interpersonální potíže momentálně žádné nemá, nevykonnost se mírně upravila k lepšímu, začala si víc věřit. Zvýraznila se však špatná nálada a prožívání anhedonie. Je často smutná a plačtivá, nedokáže si užít legraci.

• ŠAD:

Hančina mírná dlouhodobá úzkostnost se v prvním dotazníku projevila celkovým počtem 36 bodů, což odpovídá percentilu 67. Hodně často mívá strach, že něco pokazí. Starosti jí dělá i škola, i když známky má výborné. Hodně jí záleží na dojmu, který z ní lidé mají, na jejich hodnocení. Současné rozpoložení je velmi úzkostné (39 bodů = percentil 91). Je nešťastná, zmatená a hodně utrápená.

Na jejím subjektivním hodnocení dlouhodobém stavu se po dobu hospitalizace v podstatě nic nezměnilo. 35 bodů s percentilem 62 ukazuje stále lehce zvýšenou hladinu úzkostnosti. Aktuální stav je momentálně přijatelný. Percentil 70 (34 bodů) značí jisté projevy úzkosti, nejsou však nijak závažné. Hana je spokojená, má dobrou náladu. Jen ji trápí různé starosti, kterých se nemůže zbavit.

• Dotazník na vnímání těla:

Patnáctiletá Hana měří 176 centimetrů a váží 79 kilogram, což je pro ni i přes celkem vysokou postavu vysoká váha. Myslí si, že ideálně by měla vážit kolem 67 kilo. Není k sobě ale přehnaně kritická, i když preferuje spíš štíhlou postavu, neodsuzuje svoje tělo. Jejím koníčkem je fotbal, který aktivně provozuje. Jako první zvolila siluetu E), které se podle ní podobá nejvíc. Jejími vysněnými proporcemi jsou ty, které patří siluetě C). Do prázdné postavy, kterou měla upravit, zakreslila v podstatě silnější proporce všech částí těla. Kresba ale není přehnaná. Bohužel nebyla schopná najít nic, co by se jí vyloženě na její postavě líbilo. Všechny partie má silnější než by chtěla, hlavně lýtka a stehna.

Po zhruba třech měsících, kdy jsme se vídaly na tanečních lekcích, zhubla o pět kilo, takže její současná váha je 74. Je spokojenější, i když by chtěla vážit 65 kilogramů, které jsou k její výšce podle ní akorát. V řadě siluet si vybrala postavu D) jako svůj současný vzhled. Stále si myslí, že by měla vypadat jako silueta C), která má ženské křivky stejně jako D), ale je o poznání štíhlejší. V předloze zdůraznila vystouplé břicho, a trochu zesílila kontury dolních končetin, ale jen mírně. Zúžila pas. Na svém těle si začala vážit svých prsou a zadečku. Líbí se jí i její obličej. Není spokojená se silnějšími boky, bříškem a stehny. Hana má celkem reálný náhled na svůj vzhled, a dokáže ho celkem objektivně zhodnotit.

• Kresba stromu:

Strom 1: Kresba je jednoduchá, lehce, svižně provedená. Strom má široký kmen, působí stabilně, základna však chybí. Lehce naznačená arkádovitá koruna je vevnitř vyplněna pěti silnými větvemi, které ale působí trochu rozlámaně. Napojení na kmen není úplné, jsou logicky uspořádané. Celá kresba je vytvořena jemnými, tenkými čarami s nepatrným tlakem na tužku. Působí nejistě, úzkostně, patrná je mírná tenze. Z příběhu jdou vyčíst ambice, snaha být nejlepší, jen tak ji budou mít ostatní rádi. Objevuje se i určitá míra pasivní agresivity.

Strom 2: Druhý strom vypadá v podstatě stejně. Koruna se trochu naklání doleva. Nelze tu hodnotit tlak na tužku, Hana kreslila kvůli zlomenému zápěstí s rukou v sádře. Jablíčko v koruně je dokresleno dodatečně, podle příběhu. Je propracované, se silnějším tlakem na tužku než strom. Kmen je dole hodně rozšířený, působí pevně, možná snaha zdůraznit stabilitu a zázemí. Jinak kresba působí odbytě, opět patrná tenze a snížené sebehodnocení a známky pasivní agresivity.

• **Ze závěrečného rozhovoru:**

Náš závěrečný rozhovor se odehrával na jejím pokoji. Občas k nám doléhal hluk z chodby, což celé vyšetření včetně rozhovoru trochu rušilo. Hana začala mít během tance dobrou náladu. I když přišla na hodinu skleslá, dokázal ji rozveselit. Rychlejší muzika a dynamičtější taneční projevy v ní probouzely energii a zároveň ji dokázaly uvolnit. Vlnivé, pomalé taneční prvky jako osmičky a kroužky boky nebo hrudníkem ji uklidňovaly. Při improvizaci zažívala zpočátku pocity nejistoty, které se ale postupem času zmírnily. Po tělesné stránce jí břišní tanec také připadá přínosný. Uvolnilo se jí břicho a při menstruaci se cítí lépe. Nemá takové bolesti. Nevzpomněla si na nic neobvyklého, ani na zvláštní pocity. Cítila se dobře. Nejvíc musela bojovat při nácviku velblouda, který jí přišel nejtěžší. Naopak nejvíc si užívala rychlé shimmy.

Svoje tělo teď vnímá jako víc rozpohybované. Jinak jí ale připadá stejné, tanec její pohled na něj nijak příliš nezměnil. Nebo to alespoň nedokáže popsat. Prostě se jen cítí lépe. Tanec ji baví, pomohl jí.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Po předání do ambulantní péče vhodná rodinná psychoterapie. Medikace: Citalec 20 mg. Diagnóza: Socializovaná porucha chování (F91.2), sebepoškozování medikamenty, disharmonický osobnostní vývoj.

3. 8. MONIKA

• **Z dokumentace:**

Z Moničiny dokumentace vyplývá, že trpí těžkou depresivní fází (F32.2). Dále je patrný také disharmonický osobnostní vývoj. Pacientka se také záměrně sebepoškozuje ostrými předměty a medikamenty. Byla hospitalizovaná po jednom ze svých suicidálních pokusů.

• **Z tanečních lekcí:**

Monika je třináctiletá dívka menší, silnější postavy. Má světlehnědé vlasy na ramena a kulatý obličej. Když jsem ji přivítala na první lekci, byla velmi smutná, obličej měla bledý, strnulý, bez výrazu. Odpovídala mi na všechno velmi krátce, s ostatními dívkami moc nekomunikovala. Celé tělo měla unavené a bez energie. Ruce jí volně visely podél těla. Jedinou část, kterou trochu přiměla k pohybu, byly boky. Zvládala výsuny pánví do stran,

kolečka a osmičky, pohyby byly pomalé a málo výrazné. Rychlejší prvky jako shimmy nebo twist neměly švih a energii. Výraznější akcenty nedokázala provést, chyběl jim důraz. Hrudník se jí takřka nehnul z místa, byla velmi ztuhlá a napjatá. Asi po třech lekcích se všechno změnilo, na čemž měla největší podíl nasazená medikace. Bylo vidět, že si na oddělení už zvykla, našla si kamarádky. Začala se usmívat, byla živější. V tanci se to projevilo lepší pohyblivostí těla, hlavně horní poloviny. Začala si pohyb užívat, byla uvolněnější a veselá. Na hodině jsem se s ní setkala celkem devětkrát.

• CDI:

Úvodní sejmnutí této sebeposuzovací škály ukázalo na první pohled těžké depresivní potíže. Celkový skóre 30 bodů odpovídá percentilu >98. Problémy se objevují ve všech oblastech (subškálách). Přiznává suicidální pokusy v minulosti. Vůbec se nedokáže soustředit a normálně fungovat. Nemá energii, nic ji nebaví. Má velmi smutnou náladu a hodně snížené a negativní hodnocení sebe sama. Problémy v mezilidských vztazích jsou také značné. Raději je sama, i když se cítí osaměle.

Druhý dotazník zaznamenal výrazné zlepšení Moničina stavu. 14 bodů celkem tvoří percentil 79. I když je stále hodně unavená a musí se nutit do běžných činností a učení, její nálada se hodně projasnila. Je veselejší, bez suicidálních tendencí a opět začala zvládat své školní povinnosti. Nestrání se už tolik lidí, je vstřícnější.

• ŠAD:

Projevy úzkostnosti byly u Moniky na začátku stejně závažné a rozsáhlé, jako ty depresivní. Svůj dlouhodobý stav hodnotí celkovým počtem 53 bodů. Toto velmi vysoké skóre odpovídá percentilu >99. Velmi se bojí a trápí. Aktuální stav hodnotí o něco příznivěji, nicméně i v něm jsou patrné značné známky úzkosti (37 bodů = percentil 73). Cítí se uvolněně, odpočatě a má dobrou náladu, ale přiznává, že je utrápená, nejistá, a že se bojí.

Závěrečné sebehodnocení ukázalo, že se obvykle cítí stále hodně úzkostně, i když došlo k jistému zlepšení. Celkem 42 bodů, tedy percentil 90, upozorňuje na stále velmi vysokou míru úzkostnosti v Moničině prožívání. Současný stav hodnotí však velmi pozitivně. Percentil 10 ukazuje téměř minimální projevy úzkosti. Monika se aktuálně cítí dobře, bez potíží a hodně pozitivně.

• Dotazník na vnímání těla:

Monice je třináct let, měří 154 centimetrů a v době vstupního dotazníku vážila 73 kilogramů. Myslí si, že vzhledem k její výšce by měla vážit kolem 50 kilo, takže se svou postavou moc spokojená není. Kromě občasného cvičení ale nedělá nic pro to, aby její tělo vypadalo víc podle jejích představ. Na ženách se jí líbí výraznější a plnější křivky. Zvolila siluetu E), které se cítí nejvíc podobná. Silueta C) pak byla podle ní hodnocena jako pro ni ideální vzhled. Postavě doplnila usměvavý obličej, zvlněné, delší vlasy a silnější proporce v oblasti paží, břicha a stehen. Podle obrázku také uvedla, že se jí na sobě líbí její vlasy a oči, ale že by chtěla být hubenější. Stydí se taky za své akné.

Během doby tanečního programu Monika vyrostla o 4 centimetry a zhubla jedno kilo. Chtěla by zhubnout a vážit 62 kilogramů, s tím by byla spokojená víc než se současným vzhledem. Snaží se proto nepřejídat a pravidelně cvičit. Svou postavu ztotožnila tentokrát se siluetou D). Ideálem pro ni zůstává C). Postavu téměř proporčně neměnila, zakreslila jen lehce silnější pas a kulatější břicho. Kresbu opět doplnila obličejem a vlnitými vlasy. S těmi je spokojená, má je ráda. Začala se jí také líbit její prsa. Nespokojená je pořád se svými stehny a bříškem.

• Kresba stromu:

Strom 1: Strom je velký přes celý papír, mírně posunutý doleva. Tlak na tužku je hodně silný, některé kontury jsou i víckrát obtažené. Kmen je mohutný, bez základny, trochu jako jehličnan přechází do nejvyšší větve, ty ostatní jsou napojeny ze strany. Větve připomínají plameny, natahují se vzhůru, na koncích jsou špičaté. Po celé koruně jsou vytvořeny drobné srdcovité lístečky. Kresba byla velmi pracná, její vyhotovení trvalo dlouho. Působí napjatě, agresivně a pudově. Stereotypní vykreslování listů ukazuje na zvýšenou míru úzkosti a puntičkářství. V kresbě je velké napětí. Popis je velmi chudý (starší, malý strom v létě).

Strom 2: Druhá kresba je opět velká, na rozdíl od první ale projasněná a uvolněná. Strom je tvořen dlouhým, pevným, hladkým kmenem, v srdci stromu jsou na něj napojeny větve, jejichž konce jsou zakryty bohatou, nadýchanou korunou. Tlak na tužku přiměřený, tahy jsou jisté a jednoduché. Zmizelo úzkostné a napjaté ladění kresby.

• Ze závěrečného rozhovoru:

Monika si se mnou upřímně a otevřeně povídala, byla vstřícná a uvolněná. Z lekcí břišního tance si odnáší příjemný pocit. Ze začátku se sice styděla a připadala si trapně, ale

dokázala to překonat. Svoje emoce během třasů, akcentů a jiných dynamických tanečních projevů popisuje jako odvázanost. Klidné, mírné, pomalé pohyby ji zase dokázaly uvolnit, i když někdy přeci jen vzbudily i pocit trapnosti. Při improvizaci se cítila hodně nejistě, stejně jako většina dívek. Pocity v těle hodnotí jako uvolnění ve svalech a zároveň přival energie. Oblíbila si osmičky a velblouda. Nejtěžší pro ni po celou dobu zůstalo shimmy rameny. Na mou otázku, jestli během tanečních lekcí prožila něco, co běžně nezažívá, odpověděla: „*příjemný pocit z hudby*“.

Při tanci by se popsala jako silnější (ve smyslu proporcí těla), Je veselá a už se nestydí. Hlavně stud a nejistotu, se kterými měla velký problém, dokázala během tance odbourat. V tom jí lekce podle ní hodně pomohly. Přestala se tolik řešit, je spokojenější. Z jejího povídání později vyplynulo, že toto nově získané sebevědomí si dokáže udržet i mimo taneční hodiny, a použít ho v běžných každodenních situacích, což sama považuje za největší přínos, který pro ni břišní tanec měl.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Po propuštění do ambulantní péče ponechán Sertralin, Apo Risper 1 mg a Tiapridal. Diagnóza: Středně těžká depresivní fáze (F32.1), disharmonický osobnostní vývoj, subnormní intelekt, sebepoškozování medikamenty a ostrým předmětem.

3. 9. DANA

• **Z dokumentace:**

Patnáctiletá Dana byla na oddělení hospitalizovaná koncem ledna pro opakované sebepoškozování ostrým předmětem. V popředí také nezralá osobnost, její disharmonický vývoj a porucha aktivity a pozornosti (F90.0). Má za sebou lehkou depresivní fázi, trauma po smrti matky, která zemřela před třemi roky. Experimentuje s tabákem a THC. Je impulzivní, pohotová k agresivním výpadům.

• **Z tanečních lekcí:**

Daně se od začátku do tance moc nechtělo. Byla nejistá a styděla se. Má středně vysokou postavu, vlasy odbarvené na blond, milý, sympatický obličej a problémy s nadváhou. Sama se věnuje tanečnímu stylu Street dance. Většinou bývala hodně roztěkaná a nesoustředěná. Měla neustále potřebu s někým mluvit a nahlas se projevovat. Chtěla na sebe upozorňovat. Pořád se smála, byla neuvěřitelně veselá. Vzhledem k její

energičnosti a temperamentu jí dobře šly třasy a akcenty, do kterých mohla přebytek energie vložit. Při pomalejších vlnivých pohybech často nedokázala zklidnit svou rozjívenou náladu, ale tělo měla uvolněné. Dokázala ale dát pohybu jemnost, plynulost a lehkost. Uměla dát do tance ženskost, neměla problém odhalit břicho a pořádně se zatřást. I přes velkou nesoustředěnost si tanec celkem užívala. Měla malé sebevědomí. Moc si nevěřila a často si stěžovala na své tělo a váhu. Dohromady absolvovala 10 lekcí.

• CDI:

Celkový počet 16 bodů v úvodním dotazníku (percentil 83) znamená pro Danu Docela vážné projevy deprese. Největší obtíže má s příliš negativním sebehodnocením. Není si sebou příliš jistá, podceňuje se. V oblasti prožívání se objevuje výrazná anhedonie. Cítí se osaměle a často utrápeně. Potíže se projevují i v somatickém stavu, a to nechutenstvím a špatnou kvalitou spánku. Suicidální tendence neguje.

Ve druhém dotazníku měla Dana celkem 8 bodů, které odpovídají percentilu 51, potíže jsou tedy v normě, nejsou už nijak závažné. Mírné potíže má jen v prožívání anhedonie a ve stále lehce negativním sebehodnocení. Začala se mít víc ráda, není už tak kritická. Její stav se celkově hodně zlepšil.

• ŠAD:

Dlouhodobě mírně zvýšená míra úzkostnosti se v dotazníku projevila celkovým počtem 34 bodů, který odpovídá percentilu 70. Potíže se neobjevují často, ale občas ji přepadnou různé obavy a strachy. Velké pocity úzkosti a strachu zažívá vůči svým rodičům, což může souviset se ztrátou matky. Nynější stav je bez projevů úzkosti. 29 bodů, tedy percentil 34, ukazují dokonce na mírně podprůměrné projevy. Dana se cítí jen trochu nesy a zmatená. Pravděpodobně je to důsledek testové situace, vůbec jsme se neznaly. Trochu v rozporu s jejím chováním jsou ale odpovědi, ve kterých se označuje za velmi šťastnou, odpočatou a veselou. Působila spíš nejistě a bez zájmu.

Ve druhém dotazníku se její dlouhodobý stav poněkud zhoršil. Začala se častěji zabývat různými obavami a myšlenkami na to, že se něco špatného může stát. Výrazný je strach o rodiče. Také jí hodně záleží na tom, co si o ní ostatní myslí. Nechá se tím moc trápit (39 bodů, percentil 81). Aktuálně je však bez jakýchkoliv projevů úzkosti. Jsou dokonce výrazně podprůměrné, protože celkových 23 bodů ukazuje pouze na percentil 3, tedy naprosté minimum. Odpovědi jsou ale dost rozporuplné. Na jednu stranu se cítí velmi

dobře, vesele a velmi spokojeně, na druhou stranu přiznává, že se bojí, a že ji trápí různé starosti. Hodně popírá jakékoliv negativní pocity.

• Dotazník na vnímání těla:

Dana je vysoká 164 centimetrů a váží 77 kilogramů. Se svou postavou, i přes to, že se jí líbí plnější ženské křivky, není moc spokojená. Myslí si, že by měla vážit kolem 64 kilo. Snaží se proto moc nepřejídat. Sportu se věnuje jen pro radost, hraje volejbal a tenis. Z řady siluet vybrala jako sobě nejvíc podobnou postavu F). Líbilo by se jí, kdyby vypadala jako silueta C). Postavu na obrázku využila jen z profilu, dokreslila jí plnější proporce v oblasti břicha a dolních končetin. Doplnila i obličej, který ale vzápětí vygumovala jako nepovedený, a už ho neopravila. Nenašla na sobě nic, co by se jí líbilo, a s čím by byla spokojená. Nejvíc kritizovala velké břicho a svůj obličej, který se jí nelíbí.

Za období mezi oběma dotazníky Dana zhubla 7 kilo, nyní tedy váží 70. Se svou postavou není stále spokojená, chtěla by vážit jen 55 kilogramů a vypadat štíhle. Jako svou současnou siluetu zvolila postavu D), která je jen trochu vzdálená její ideální představě, za kterou stále považuje siluetu C). Do obrázku normální, kterou měla upravit, zakreslila silnější břicho, zadek a celé horní i dolní končetiny. Opět využila jen postavu z profilu. Proporce jsou znázorněny celkem realisticky. Nepůsobí přehnaně kriticky, vnímá své tělo celkem reálně. Má ráda své oči a někdy vlasy, postavu spíš kritizuje. Nelíbí se jí její břicho, nohy, zadek a je nespokojená s malými prsy.

• Kresba Stromu:

Strom 1: Strom je velký, kreslený tenkými, slabými čarami. Kmen je silný, za spodu uzavřený, jinak bez základny. Vyplňují ho tenké čáry a dva suky. Koruna je široká ale ze shora stlačená, tvoří ji lehce zvlněný obrys. Dana je nesmělá dívka. Je úzkostná, uzavřená, suky mohou znamenat smutné události z její minulosti. Může se cítit pod tlakem. Koruna stromu působí, jakoby něco zakrývala.

Strom 2: Strom je středně velký, posunutý vlevo. Opět je nakreslený jemnými tahy, bez velkého tlaku na tužku. Kmen je široký, kůra je zbrázděná, uprostřed je velký suk. Volně na něho navazují větve, které vypadají spíš jako rozšklebený zbytek kmene po výbuchu. Jsou silné, vůbec se nevětví, na konci se zužují. Ostré hroty nemají, přesto to působí jaksi výbušně a agresivně. Může to souviset s uvolněním pocitů, které se předtím (1. kresba) snažila potlačit a zakrýt. Velké padající listí symbolizuje pravděpodobně pocit ztráty ze smrti matky.

• **Ze závěrečného rozhovoru:**

Daně přináší břišní tanec uvolnění a radost, asi jako každý tanec. Vždy má potom lepší náladu. Ze začátku, když se s tímto tanečním stylem seznamovala, zažívala nejistotu. Teď už dokáže být uvolněná a veselá. Rychlejší pohyby jí připadaly snadnější na rozdíl od pomalých, vlnivých, plynulých, které pro ni byly těžké. Při temperamentnějších rytmech se dokázala víc zapojit. Tělesné pocity jsou u ní ale opačné. I přes větší technickou náročnost ji klidné pohyby prováděné pomalu dokázaly uvolnit víc než dynamické trasy a akcenty. Při těch dost často cítila napětí ve svazech v různých částech těla. Na improvizaci vzpomíná kladně. Bylo pro ni mnohem jednodušší a příjemnější tančit podle sebe a své inspirace než zkoušet opakovat moje pohyby při nácviku tanečních prvků. Lépe se jí tančí na rychlejší muziku, což odpovídá i preferenci svižnějších pohybů. Jako nejoblíbenější prvek ale označila osmičky boky. Největší trápení jí způsobovalo provádění velblouda, s kterým hodně bojovala. Žádné pro ni neobvyklé pocity během tanečních lekcí neprožívala.

Úkol popsat se při tanci, zhodnotit jak vypadá, vzala s humorem. Připadá si tlustá. Podle ní jí to moc nejde, ale víc si teď věří. Na otázku, jestli nějak břišní tanec změnil pohled na ji její tělo, odpověděla, že je lepší než předtím. Taky tu zhubla 6 kilogramů. Vrstevníci doma jí už prý tolik nenadávají, že je tlustá. Neví čím to je, ale sama se sebou je prostě spokojenější, už se tolik neřeší. Překonala i svou stydlivost. Velice pěkně se se mnou loučila. Děkovala mi za taneční lekce, bylo to pro nás obě příjemné. Měla jsem z ní pocit, že jí to opravdu něco dalo.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Doporučena následná rodinná psychoterapie. Medikace: Concerta 18 mg, Citalec 20 mg. Diagnóza: Mírná depresivní fáze (F32.0), Hyperkinetická porucha chování (F90.1), sebepoškozování ostrým předmětem.

3. 10. ANNA

• **Z dokumentace:**

Anna přišla na oddělení koncem ledna. Její potíže byly diagnostikovány jako Smíšená porucha chování a emocí (F92). Pěstouni, u kterých Anna vyrůstá, popisují její chování jako velmi proměnlivé. Má časté výkyvy nálad a výbuchy zlosti, po kterých se potom

omlouvá. Ve škole potíže nemá, učí se dobře. Disharmonický osobnostní vývoj je navíc spojen ještě se záměrným sebepoškozováním ostrým předmětem.

• **Z tanečních lekcí:**

Velmi jemná, tichá, nesmělá dívka s hodně nejistým pohledem. Má nakrátko ostříhané tmavé vlasy, které se jí na krku trochu vlní. Během prvních hodin měla opatrné pohyby s minimálním rozsahem. Práci boků ještě zvládala, ale jen pomalé pohyby. Jakmile měla dát do pohybu něčeho důraz, místo akcentu z toho byl opět oblý pohyb. Pohybovat hrudníkem pro ni bylo asi nejtěžší. Měla jsem pocit, že přes tělesnou ztuhlost jí v těchto pohybech brání ještě něco. Hodně se styděla, jakoby jí pohyby typické pro břišní tanec připadaly příliš nepatřičné. Vždycky, když jsem k ní šla blíž, abych jí něco vysvětlila, nebo opravila pohyb, zastavila veškerou činnost, a někdy dokonce couvla. Nesmělá a tichá zůstala celou dobu, co jsem se s ní setkávala. Většinou byla i přes velké horko nabalená v několika vrstvách oblečení. Jen asi na jedné nebo dvou hodinách se svlékla do trička. Jakmile lekce skončila, pečlivě se zase oblékla. Při tanci se snažila naučit se jednotlivé pohyby, ale nedokázala se zcela uvolnit a užít si pohyb. Improvizaci pod různými záminkami vynechávala. Před závěrečným rozhovorem za sebou měla 11 lekcí.

• **CDI:**

Při vstupním dotazníku byla u Anny zjištěna zvýšená míra depresivních potíží. Projevovaly se zejména v oblasti negativního, sebekritického hodnocení svého zevnějšku a schopností, a také v míře anhedonického rozpoložení. V hodně věcech je nejistá, nevěří si. Potíže se promítají i do vztahů s ostatními lidmi. Celkový skóre bylo 13 bodů, tedy percentil 76.

Po třech měsících léčby její potíže výrazně vzrostly, je hodně depresivní (percentil 95). Zhoršilo se její sebehodnocení, je hodně negativistická. Na oddělení se cítí osaměle, nenašla si tu žádné kamarády, což ještě podporuje její záporné vnímání sebe sama, cítí se méněcenná. Suicidální myšlenky stále přetrvávají.

• **ŠAD:**

Svůj aktuální stav hodnotí Anna jako hodně nevyhovující. Percentil 88 značí vysokou míru prožívané úzkosti (38 bodů). Je nervózní, vystrašená a neklidná. Svou náladu popisuje jako dobrou, veselou. Hodně se ale bojí. Z dlouhodobého hlediska jsou projevy

úzkostnosti v normě. 32 bodů odpovídá percentilu 42, který značí celkem běžnou míru potíží. Má potřebu zdůraznit, že doma je vše v pořádku, a že se tam cítí dobře.

Z celkového hlediska se aktuální pocity nezměnily, percentil 88 značí stále stejnou míru obtíží. Anna se však cítí příjemně a klidně. Strach a nervozitu z nového prostředí vystřídaly starosti, pořád se něčím trápí. Po dobu její hospitalizace se zvýraznila úzkostná nálada (36 bodů, percentil 67). Je více ustaraná a zhoršilo se její sebehodnocení, které se na jejím stavu výrazně podepisuje.

• Dotazník na vnímání těla:

V době vyplňování prvního dotazníku vážila Anna 62 kilogramů. Za normální váhu vzhledem ke své výšce 156 centimetrů považuje 55 kilo, takže se svou postavou není moc spokojená. Aby vypadala víc podle svých představ, snaží se trochu omezovat v jídle a nepřejídat se. Sportovní aktivity provozuje spíš pro radost, než kvůli pěkné postavě. Jezdí na kole, hraje vybíjenou. Chtěla by mít štíhlou postavu, ale aby byly patrné ženské křivky. Ze souboru siluet vybrala postavu G, které se cítí nejvíc podobná. Krásná a spokojená by si připadala, pokud by vypadala jako silueta C). Na svém těle nemá ráda nic. Nelíbí se jí její stehna, břicho, zadek ani velká prsa. Všechny tyto partie také zvýraznila a rozšířila v kresbě. Doplnila ještě silnější paže a kulatější obličej.

Při druhém vyplňování dotazníku Anna uvádí o 4 centimetry vyšší postavu. Aktuální váha je nyní 67 kilogramů. Chtěla by vážit jen 58. Ke své postavě je ještě kritičtější. Nemá ji vůbec ráda, chtěla by být velmi štíhlá. Přiznává, že proto, aby zhubla, někdy i dva dny nejedla. Potom i zvracela, ale snad jen jednou nebo dvakrát. Nikam to nevedlo, tak v tom nepokračovala. Opět volí postavu G jako svůj obraz. Myslí si, že by byla spokojená, kdyby vypadala jako silueta D). S rostoucí váhou možná snižuje nároky na sebe, a považuje velmi štíhlou postavu za nereálný cíl. Kresba její postavy je v podstatě stejná. Jen zakreslila větší, vyklenutější břicho než poprvé, a silnější lýtka, což pravděpodobně souvisí s nabytými pěti kilogramy. Kromě toho stále kritizuje svá velká prsa, chtěla by malá. Podle kresby má celkem dobrý náhled na to, jak vypadá. Má ale tak nízké sebehodnocení, že z řady siluet vybírá v obou případech tu nejtlustší, která jejímu vzhledu neodpovídá.

• Kresba stromu:

Strom 1: Strom je velký přes celý papír, nakreslený výrazným tlakem na tužku. Kmen vyrůstá z okraje, strom působí pevně, stabilně. Kmen je hladký, levá linie zvýrazněná. Velká koruna je tvořena košatou arkádou, jejíž obrysy jsou několikrát přeškrtnuty a hodně

zvýrazněny. Vnitřek koruny je vyplněn větvemi trochu podivného tvaru. Jsou tlusté, některé válcovité, některé špičaté, připomínající plameny nebo ornament. Jsou dobře napojené na kmen. Anna je hodně uzavřená a introvertní. Hodně si hlídá soukromí. Tak trochu žije ve vlastním světě, z toho reálného má obavy. Z kresby patrná nejistota, silná pudovost, napětí, podezíravost až paranoidní tendence a disharmonický vývoj. Popis stromu působí smutně, bez energie, obrací se do minulosti, kde jí bylo dobře.

Strom 2: Druhá kresba je o něco menší, nevyvíjí tak velký tlak na tužku. Kmen stromu je hodně široký a nemá základnu, visí ve vzduchu. Korunu tvoří dlouhé, tlusté, téměř nerozvětvené větve, které připomínají spíš kůly. Na koncích jsou svedeny do ostrých špiček, směřujících nahoru. Z kresby je patrná větší otevřenost, už se tolik neuzavírá do sebe, také silná kritičnost a agresivita. Příběh je o přátelství, lidském kontaktu. Buď ho našla, nebo po něm touží. Písmo je úhledné.

• Ze závěrečného rozhovoru:

Na Anně bylo při našem rozhovoru vidět, že už ze mě není tolik nervózní. Byla víc otevřená, i když nesmělost ji neopustila. Mluvila potichu, stydlivě. Břišní tanec jí přinesl hlavně zábavu. Myslí si, že když se žena opravdu snaží, dá se jím i zhubnout. Její pocity na začátku byly hodně smíšené. Tanec ji uvolňoval, ale musela bojovat se svou stydlivostí. Ta se asi nejvíc objevovala při výrazných akcentech a třesení částmi těla. Nejvíc „stydlivé“ jí připadalo shimmy rameny, kdy měla roztřást prsa. Vlnivé pohyby prováděné pomalu a beze spěchu ji uvolnily a zvedly náladu. Neví, jak popsat pocity z improvizace. Pokud tančila, tak prováděla lehčí prvky, které ji bavily. Z tělesných pocitů si vybavuje jen uvolňující pocit v celém těle, který byl nejvýraznější při pomalém, klidném tanci. Oblíbila si osmičky a kicky, tedy spíš pohyby boků. Nejnáročnější pro ni bylo již zmiňované shimmy rameny. Ptala jsem se také, jestli na tanečních hodinách zažila něco zvláštního, co třeba jindy ne. Anna se mi svěřila, že pro ni bylo velmi odvážné sundat si svetr a zůstat jen v tričku. To je pro ni zcela nové, jindy to nedokáže. Tolik se stydí, že chodí stále v několika vrstvách oblečení, a to i doma. Velké konflikty kvůli tomu zažívá na hodinách tělesné výuky, kdy je neustále nucena se svléknout. Přiznává, že je z věřící rodiny, ale zároveň dodává, že její problémy s tím nesouvisí.

Při tanci by se popsala jako nemotorná, ale myslí si, že dřív to bylo horší. Na otázku, jestli nějak břišní tanec změnil pohled na její tělo, odpověděla, že si nepřipadá nějak hezčí, ale už jí to tolik nevadí. Mluvily jsme i o její velké stydlivosti. Změnu žádnou nepozoruje, pořád se prý hodně stydí.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Po propuštění vhodné pokračovat v rodinné psychoterapii. Medikace: Prothiaden 25 mg, Apo Risper 1 mg. Diagnóza: Disharmonický osobnostní vývoj (rysy emočně nestabilní, hraniční), sebepoškozování ostrým předmětem, citová deprivace, subnormní intelekt.

3. 11. DENISA

• **Z dokumentace:**

Denisa je třináctiletá dívka. Na oddělení byla přijata na konci března pro potíže s příjmem potravy – Mentální anorexie (F50.0). Je pečlivá až perfekcionistická. Zájmy skoro žádné nemá, na prvním místě je pro ni vzdělání. Je velmi cílevědomá. Na oddělení se projevovala jako veselá a přátelská.

• **Z tanečních lekcí:**

Na první pohled je Denisa vysoká a hodně hubená dívka. Má oválný obličej, rovné, středně hnědé vlasy, a velmi světlou pleť. Možnost tanečních hodin přivítala, byla ráda, že se může hýbat. První, co ji zajímalo, bylo, jestli se břišním tancem hubne. Je veselá, přátelská, od skupiny ostatních dívek se však vždy trochu distancovala. Po pohybové stránce mě příjemně překvapila. Byla šikovná, její pohyby měly lehkost a energii. Pohyby boků byly výrazné a uvolněné, hodně se snažila. Horní polovinu těla měla trochu napjatou, ale v rámci nezvyku na nové taneční prvky. Problém jí dělaly pohyby paží. Při různém vlnění rukou se jí špatně koordinovaly. Během improvizace se moc nezapojovala, většinou se stáhla stranou. Více jí vyhovovalo opakovat pohyby podle mě, učit se je přesně provádět, než se nechat strhnout hudbou a svým tělem. Všechno měla pořád pod přísnou rozumovou kontrolou. Postupem času byla uvolněnější, na některých hodinách zkoušela i improvizaci. Lekcí absolvovala dohromady 7.

• **CDI:**

Ve vstupním dotazníku se projevila jen velmi mírná depresivita, způsobená především negativním sebehodnocením, hlavně co se týká fyzického vzhledu. Denisa se sama sobě nelíbí, nemá se ráda. Jinak působí sebevědomě a jistě. Lehce zvýšené jsou škály špatná nálada a anhedonie. Trochu se izoluje od ostatních, ale hodně si zakládá na svém

vystupování a dobrém výkonu ve škole i jinde. Celkový percentil prvního dotazníku byl 64 (10 bodů).

Celkový skóre závěrečného dotazníku je 8 bodů, percentil je 51. Denisa je zdánlivě bez potíží, celkový výsledek je v normě. Zatímco jsou ale první čtyři subškály v rámci normy nebo i lehce podprůměrné, skóre negativního sebehodnocení značí vysokou míru obtíží. Denisa je k sobě hodně kritická, což souvisí pravděpodobně s tím, že začala přibírat, aby se dostala na normální váhu. S tím se nesmířila, připadá si strašně tlustá. Přiznává suicidální úvahy.

• ŠAD:

Denisa má z dlouhodobého hlediska zcela běžné a normální pocity s občasným úzkostným laděním. Celkových 33 bodů odpovídá percentilu 50. Míra úzkostnosti v jejím prožívání je tedy v normě, žádné výrazné potíže nemá. Současný stav je vysoce úzkostný. Denisa je na oddělení teprve druhý den a z testové situace je velmi vylekaná, zmatená a nervózní. Percentil 99 (46 bodů).

Po zhruba měsíci a půl se její dlouhodobé rozpoložení mírně zhoršilo (34 bodů, percentil 56). Zvýraznily se hlavně fyziologické projevy úzkosti. Její aktuální stav je o poznání lepší než při našem prvním setkání. Percentil 76. Je ale stále docela hodně úzkostná. Necítí se uvolněně, má strach a je stále zmatená.

• Dotazník na vnímání těla:

Denisa měří 175 centimetrů a její váha je pouhých 46 kilo. Na otázku, zda si myslí, že je to pro ni normální váha, odpovídá záporně. Soudí, e by měla vážit přes 50 kilo. Líbí se jí štíhlá ženská postava, tu svou ale nemá vůbec ráda. Nesportuje, skoro nejí. Ztotožnila se s vzhledem siluety B), a myslí si, že by měla vypadat jako C). Postavu na obrázku zeštíhlila v oblasti boků, stehen a hýždí. Zakreslila hodně hubenější paže a velmi malá, drobná ňadra. Je spokojená se svými vlasy a očima. Na svém těle nemá ráda zadek, stehna a břicho, vše jí připadá moc tlusté. Na konci rozhovoru nad kresbou přiznává, že by všechno nechala tak, jak to je. Jen ví, že ostatní chtějí slyšet něco jiného. Podle toho odpovídala a kreslila. Nepřipadá si příliš hubená.

Když jsme spolu mluvily podruhé na toto téma, vážila už 52 kilogramů. Nebyla s tím smířená, hodně ji to trápilo. Chtěla by vážit opět 45 kilo. Jí teď pravidelně, což se na její postavě projevilo. V rozporu s tím volí za současný vzhled i za ten ideální siluetu C). Postavu upravila jen v oblasti paží, které zúžila. Nespokojená je také se stále malými

ňadry. Boky a zadek by chtěla mít užší, trápí se tím, že přibrala na váze. V jejích odpovědích se pere její názor s předpokládaným názorem ostatních lidí kolem ní. Chce vyhovět, aby měla klid, zároveň se hodně trápí tím, jak vypadá.

• Kresba stromu:

Strom 1: Denisin strom působí na první pohled velmi krásně, mile, jako ilustrace z dětské knížky. Je spíš menší, posunutý doleva. Linie jsou několikrát obtahované, tvořené jemně, bez velkého tlaku. Kmen je štíhlý, rovný, rovnoměrně po stranách má suky, které mají ozdobnou funkci. Korunu tvoří nadýchaná koule s arkádami, uprostřed jsou čtyři obloučky snažící se znázornit prostorovost. Místo základny je u paty kmene pečlivě vykreslena špičatá tráva a rostlinka se třemi květy. Celé to působí velmi pečlivě, snaživě, s velkou snahou udělat dobrý dojem. Popis stromu je psán úhledným drobným kulatým písmem. „Bylo jednou jedno semínko, které, když jeho majitel zasadil a zalil, nechtělo rozkvést ve strom. Jeho majitel nad tím pořád přemýšlel proč to tak je. Vláhu mu dával, hnojivo také, ale prostě nevěděl kde je háček. Pak k tomu semínku přišlo slunce a zeptá se semínka, proč nechce kvést. Semínko odpoví „Protože když vyrostu stejně mě pokácejí a rozřezají na kousíčky“. Slunce na to, ale to přece není pravda, stromy už se skoro nekácejí a ty jsi jedinečný a vyroste z tebe jednou překrásný velký strom plný síly, vláhy, radosti a jedinečnosti.“ Kresba nese známky úzkosti a zaměření se na výkon.

Strom 2: Druhá kresba je o poznání méně precizní, působí „normálněji“. Strom je velký, štíhlý, situovaný převážně v levé polovině papíru. Tlak na tužku přiměřený, tahy uvolněné, jednoduché. Kmen je opět hladký, zdobí ho dva suky, nemá základnu. Koruna je arkádová, celá vyplněná propracovanými jablíčky. Popis stromu je tvořen několika krátkými větami. Je jednoduchý, pozitivně laděný. Denisa je uzavřená, samotářská, hodně jí záleží na mínění druhých lidí a na dobrém dojmu. Kresba už nepůsobí tolik úzkostně. Jablka v rovných pravidelných řadách ukazují na poněkud rigidní myšlení, snahu zapůsobit a také ambicióznost a touhu po úspěchu.

• Ze závěrečného rozhovoru:

Pro Denisu byl břišní tanec hlavně o pohybu. Myslí si, že může tvarovat postavu, ale také přinášet uspokojení a uvolnění. Ona sama se vždy odreagovala. Během tance se u ní střídaly pocity uvolnění s dojmem, že to nejde. Při třasech a akcentech si většinou připadala zpocená a vybitá. Také jí vadilo, že když přibrala, třásko se jí tělo, a cítila tukové důlky pod kůží. Pomalé, jemné taneční prvky v ní zase probouzely chuť přemýšlet. Jdou

při nich ale podle ní víc vidět chyby. Celkově jí tanec rozproudil tělo. Během improvizace byla často bezradná, nevěděla, co má v danou chvíli dělat. Snadnější jí připadaly pohyby boků jako drop nebo shimmy, které si později docela oblíbila. Nejtěžší pro ni byly pohyby, do kterých se zapojoval hrudník a pohyby rukama. Jako něco, co běžně moc neprožívá, uvedla pocit, že si jí někdo všímá, pozornost.

Při tanci sama sebe popisuje jako uvolněnou. Lituje, že v tanečních prostorách nejsou zrcadla. Tanec nijak její pohled na své tělo nezměnil. Jen když tančí, víc ho cítí, a dokáže ho vnímat. Stydí se méně než na začátku. Je to dané i tím, že už trochu ví, co dělá. Zlepšil se i její pocit stydlivosti mimo taneční prostor. Dokáže se teď víc bavit s kluky než dřív, není tak nesmělá.

- **Ze závěrečné zprávy:**

Propuštěna do ambulantní péče s dosaženým BMI 17,5. Medikace: Fevarin 50 mg. Diagnóza: Mentální anorexie (F50.0) s depresivním syndromem.

3. 12. KLÁRA

- **Z dokumentace:**

Třináctiletá dívka s příznaky CAN a nerovnoměrným, disharmonickým osobnostním vývojem. Má výrazně sníženou schopnost sociální adaptace. Komunikace s ní je obtížná. Hospitalizovaná je mimo jiné pro Depresivní poruchu chování (F92.0). Pravděpodobně dysfunkční rodinné prostředí, nadměrné tresty. Její intelektové schopnosti jsou v pásmu podprůměru. Je výrazně nedůvěřivá, uzavřená a nejistá. Je u ní patrná trvale zvýšená hladina úzkosti a symptomy traumatické sexualizace.

- **Z tanečních lekcí:**

Klára je hubená dívka menší postavy. Má nakrátko ostříhané světlé vlasy, působí chlapeckým dojmem. Většinou se chovala hodně uzavřeně, nejistě a nedůvěřivě. Do tance se nechtěla zapojovat, musela jsem ji hodně pobízet, ale zároveň jí nechávat prostor. S ostatními dívkami si celkem rozuměla, ke mě se ale chovala negativisticky, jakoby mě testovala. S pohybem měla značné problémy. Vůbec nevěděla, jak se svým tělem být v kontaktu. Jejím pohybům chyběla autentičnost a zaujetí. Snažila se opakovat taneční prvky, co viděla, ale neuměla jim dát nic ze sebe. Když jsme zkoušely, jaké svaly se nám

při různých prvcích do tance zapojují, nebyla schopná, nebo nechtěla, na sebe sáhnout. Na dvě lekce téměř ke konci našeho setkávání se ale na chvíli uvolnila, byla veselejší, víc se na mě usmívala, a tanec ji bavil. Vzápětí mi další hodinu řekla, že to hrála, a že tančit nebude. Jakoby se lekla a snažila se stáhnout zpátky do sebe. Bohužel se účastnila jen devíti lekcí, což je pro ni strašně málo. Tanečně pohybová terapie by pro ni byla velkým přínosem, stejně jako břišní tanec, který klade důraz na projevování ženskosti a vnímání ženských partií těla, s kterými má potíže.

• CDI:

První dotazník naznačuje mírné depresivní potíže. Celkový skóre 10 bodů vede k percentilu 69. Nejvýraznější potíže jsou patrné v oblasti sebehodnocení a ve vztazích. Náladu má Klára dobrou, občas potíže s výkonností, spánkem a chutí k jídlu. Ve škole problémy nemá. Bez suicidálních tendencí. Po dvou měsících na oddělení, na konci tanečního programu se její potíže výrazně zhoršily. Z celkového počtu bodů 20 a percentilu 95 lze usuzovat na velmi vážné depresivní ladění. Nejvíce se potíže projeví ve větší nevykonnosti a unavenosti, silné anhedonii a v interpersonálních konfliktech. Nálada je také horší, ale v rámci normy. Sebehodnocení zůstalo stejně nízké a kritické.

• ŠAD:

V úvodním dotazníku se Klára nejvíce dlouhodobě nijak moc úzkostná. 33 bodů, které znamenají percentil 50, naznačují pouze celkem normální a běžnou míru obtíží. Nejvýrazněji hodnotí somatické projevy jako bušení srdce, pocity kolem žaludku a špatný spánek. Aktuální stav je zcela bez projevů úzkosti. Pouhých 21 bodů odpovídá percentilu 1, tedy úplnému minimu. Pravděpodobně se jedná o nějakou obrannou reakci, protože odpovědi vůbec neodpovídají jejímu chování a ostatním projevům. Zdůrazňuje všechny pozitivní pocity a naopak popírá jakékoliv nepříjemné a negativní.

Druhý dotazník ukázal nárůst dlouhodobé úzkostnosti na velmi vysokou hladinu. Percentil je hodně vysoký, 98 (49 bodů). Klára byla při závěrečném vyšetření mnohem víc otevřená, předtím o sobě nechtěla nic prozradit. To je pravděpodobně příčina náhlé úzkostnosti, která jakoby najednou vzrostla. Svůj současný stav hodnotí už realističtěji. 28 bodů (percentil 27) znamená skoro žádné projevy úzkosti. I když se podle sebe cítí dobře, klidně a vesele, dokáže přiznat, že ji trápí různé starosti.

• Dotazník na vnímání těla:

Klářin velmi uzavřený a negativistický přístup k celému vyšetření se tu hodně projevil. Nechtěla se mnou moc mluvit, a už vůbec ne o svém těle. Ve skoro třinácti letech měří 160 centimetrů a váží 49 kilogramů. Myslí si, že to není ideální váha k její výšce, chtěla by vážit jen 31. Se svou postavou je ale spokojená, baví ji sport, a hodně málo jí. Usoudila, že nejvíc se podobá siluetě D. To by chtěla změnit a dosáhnout postavy, která patří siluetě C). Je pro ni důležitá štíhlost, ale jinak o svém těle nedokáže mluvit. Je úplně stažená do sebe, v obranném postoji. Nedokázala popsat, co se jí na ní líbí a co ne. Do obrázku prázdné postavy dokreslila obličej s výraznými plnými rty. Na hlavě půlkulatý útvar jako helmu, malá prsa. Celou postavu jakoby uzavřela do tlustého ochranného obalu.

Při vyplňování druhého dotazníku uvedla o čtyři centimetry vyšší postavu a o čtyři kila těžší. S váhou 53 kilogramů není spokojená, chtěla by zpět 49 jako před dvěma měsíci. Nemá už tedy přehnané představy o 30 kilech. V současné době si je podle svého názoru nejvíc podobná se siluetou F), opět touží vypadat jako C). Postavu určenou k překreslení zase uzavírá do ochranného obalu bez nějakého řešení jednotlivých částí těla. Tentokrát už byla schopná vyjádřit své klady a zápory. Líbí se jí její vlasy. Není spokojená se stehny, která jsou moc tlustá, zadkem a břichem.

Klára má velké potíže s přijetím ženských tvarů a všeho, co s tím souvisí. Své tělo nedokáže moc vnímat. Je pro ni velmi těžké o něm přemýšlet nebo mluvit. Drží si od něho odstup.

• Kresba stromu:

Strom 1: První strom je středně velký, vyrůstá ze základny, tvořené jednou linkou. Kmen je hladký, celkem široký a stabilní, dole a nahoře se rozšiřuje. Pod povrchem jsou zakreslené tlusté, silné kořeny, kterým věnovala velkou pozornost. Některé jsou víckrát obtažené. Koruna je menší, tvoří ji jedna arkádovitá linie. Je trochu šišatá, celá vyplněná třešněmi. Kresba je jinak chudá, prázdná. Kláře chybí rodinné zázemí, což se projevuje i v popisu stromu. Nechce o sobě nic prozradit, snaží se jen formálně vyhovět úkolu. Tlak na tužku je silný hlavně při vykreslování plodů, značí napjetí a nervozitu. Také je tu jistá pudovost a touha po pevném, stabilním místě ve světě.

Strom 2: Druhý strom je velký, vyrůstá z dolního okraje mírně vlevo, celý se naklání doprava. Tlak na tužku přiměřený. Celá kresba je provedena jedním tahem. Kmen i arkádovitá koruna jsou prázdné. Patrná je nepřístupnost a nechť o sobě cokoliv prozradit. Příběh velmi krátký a jednoduchý.

• **Ze závěrečného rozhovoru:**

Klára nejprve nadšeně souhlasila, že si se mnou popovídá o tanečních hodinách. Dalo se předpokládat, že to pro ni bude těžké, proto jsem s ní mluvila nejprve o jednoduchých nekonfliktních věcech. Když jsem se začala ptát, jak se na hodinách cítila, nejčastější odpověď byla „nevím“. Bylo pro ni strašně těžké vyjádřit své emoce. I když jsem jí dávala na výběr, sama sebe nebyla schopná popsat. Vyhýbá se všemu tělesnému. Jen ví, že ji to začalo bavit, a že je uvolněnější, ale neví proč. Nebo to spíš nedokáže vyjádřit. Byla celá nejistá, bojácná, stažená do sebe. Veditelně se jí ulevilo, když jsme se přestaly bavit o pocitech. Představuje si, že při tanci musí vypadat hrozně. Paradoxně nejtěžší taneční prvek pro ni byly osmičky boky, které jsou jinak velmi jednoduché. Kláru ale tělo moc neposlouchalo. Nejvíce si oblíbila velblouda, který patří naopak k těžším figurám. Její pohled na tělo břišní tanec nezměnil, připadá si jen uvolněnější. Moje další otázky zůstaly opět bez odpovědí. Hodně se uzavřela do sebe.

• **Ze závěrečné zprávy:**

Medikace: Sertralin 50 mg, Tisercin. Diagnóza: Porucha chování a emocí (F92), subnormní intelekt, disharmonický osobnostní vývoj (rysy impulzivní, emočně instabilní), Neorganická enuréza (F98.0), zneužívání v dětství (v šetření), socioemoční deprivace.

4. ANALÝZA ZÁVĚREČNÝCH ROZHOVORŮ METODOU TRSŮ

• Emoce prožívané při břišním tanci

Z prožívaných emocí se nejčastěji objevovala radost a energie, zejména v dynamičtějších částech lekce: „*Normálně nejsem živá, rozvrtěla jsem se.*“; „*Radost, jsem veselejší.*“ Pomalé pohyby probouzely v dívkách hlavně pocit uvolnění a uklidnění: „*úplná uvolněnost*“; „*příjemné, uvolnění*“; „*Dokážu se uvolnit, dřív jsem byla pořád ve stresu.*“ Objevovaly se při nich i vzpomínky na rodinu a chuť přemýšlet, být chvíli jen sama se sebou. Některé dívky uváděly, že měly pocit, že si jich někdo všímá, což je pro ně neobvyklé. Okamžiky, kdy měly dívky improvizovat, vzbuzovaly hodně nejistotu, bezradnost a pocity trapnosti: „*Nebavilo mě to, nevěděla jsem, co mám dělat.*“; „*Trapné.*“ „*Nejistota, ale potom dobrý.*“ Jen málo dívek bylo schopných si tuto část lekce užít: „*Libilo se mi dělat, co chci, na chvíli jsem volná a můžu využít, co jsem se naučila.*“

• Pocity odehrávající se v těle při provádění tanečních prvků

Popsat tělesné pocity bylo pro dívky snazší. Uváděly většinou uvolnění ve svalech, také pocit lehkosti, hlavně při pomalých pohybech. Hodně dívek si stěžovalo na bolest břicha způsobenou špatným dýcháním při provádění twistu. Dále pocity setřásání, třes špeků, rozproudění, křupání v noze, občas napětí v některých částech těla, nebo třeba úleva v oblasti břicha při menstruačních obtížích.

3. Nejoblíbenější a nejtěžší prvky

Jako oblíbené uváděly dívky převážně pomalé, vlnivé pohyby. Nejčastěji to byly osmičky boky, velbloud a různé pohyby rukama. Z rychlých pohybů shimmy boky. Za nejtěžší prvek považovaly ve většině případů shimmy rameny a velblouda. Dalo by se říct, že pohyby hrudníkem pro ně byly náročnější než pohyb boků, což je v podstatě normální. Náročnost na provedení ale nesouvisela s oblíbeností tanečních prvků.

• Pohled na své tělo a sebehodnocení

Na tuhle otázku jsem se ptala, protože většina dívek považovala své tělo na začátku programu za ošklivé, příliš tlusté. Celkově zaujímaly spíš odmítavý postoj k tomu, jak vypadají. To se hodně odráželo i v jejich celkovém mínění o sobě a sebehodnocení. Což je ale konec konců pro období dospívání typické. Když se měly po určité době, co jsme spolu

pracovaly zhodnotit a popsat, většina z nich se uměla na svůj vzhled podívat s větším nadhledem a zhodnotit své tělo nejen podle jeho rozměrů, ale i z hlediska dovedností. Hodně dívek začalo zaujímat smířlivější postoj ke svým proporcím. Přestaly být přehnaně kritické a byly spokojenější a sebevědomější: „*Že bych si připadala hezčí, to ne. Ale už mi to tak nevadí.*“; „*Začala jsem si vážit špeků.*“; „*Tlustá (smích), moc to neumím, ale teď si víc věřím.*“; „*V tu chvíli co tančím, ctím své tělo.*“; „*Moje tělo dokáže být hezké, třeba ruce.*“; „*Už na to kašlu, nestydím se.*“

Dívky pozitivně hodnotily i „zaktivování“ a uvolnění těla: „*Jsem víc rozpohybovaná.*“; „*Cítím se uvolněná, škoda, že tu nejsou zrcadla.*“; „*Jsem uvolněnější.*“

Pro Martinu se nic nezměnilo. „*Nemyslím si, že jsem tlustá. Řekla bych, že akorát, ale to jsem říkala i na začátku. Je to stejné.*“ V jejím hodnocení se promítlo jednak celkem dobré sebehodnocení na začátku programu, a také její celkový přístup. Držela si odstup a moc ze sebe nechtěla investovat.

Pouze u dvou dívek (Petra a Radka) přetrvávaly výrazně negativní postoje k sobě samé a ke svému tělu.

• **Změny, které mi břišní tanec přinesl**

Pokud měly dívky celkově zhodnotit, co jim hodiny břišního tance přinesly a v čem jim pomohly, opět až na dvě výjimky bylo shrnutí v pozitivním duchu. První skupina pocitů se týkala celkového uvolnění (fyzického i psychického) a projasnění nálady, radosti z pohybu a načerpání energie. Některé dívky také uváděly, že při tanci přestanou myslet na problémy a smutné věci v jejich životě. A hlavně, velká část z nich uvedla, že se přestaly tolik stydět, a to nejen během tance, ale i v běžném životě. Pouze Petra uváděla negativní pocity, které přetrvávaly během celého programu (stud, nervozita, nuda). Byla přesvědčená, že jí nic nemůže pomoci: „*Já prostě vím, že mi to nejde, jsem nemotorná.*“

5. KVANTITATIVNÍ ANALÝZA DAT POMOCÍ WILCOXONOVA POŘADOVÉHO TESTU PRO PÁROVÉ HODNOTY

5. 1. ŠAD – jak se cítíš právě teď, v tuto chvíli?

pořadové číslo n	hodnoty před - x_i	hodnoty po - y_i	d_i ($d_i = x_i - y_i$)	pořadí +	pořadí -
1.	28	26	2	2,5	
2.	56	32	24	12	
3.	34	30	4	4	
4.	44	42	2	2,5	
5.	35	44	-9		9
6.	31	24	7	7,5	
7.	39	34	5	5	
8.	37	26	11	10,5	
9.	29	23	6	6	
10.	38	38	0	1	
11.	46	35	11	10,5	
12.	21	28	-7		7,5
□				61,5	16,5

Testovým kritériem je součet pořadí (□), který má menší hodnotu. Značíme ho T. Pro výběry, které mají rozsah menší nebo roven 25 najdeme kritickou hodnotu $T_\alpha(n)$ ve statistických tabulkách. Vyhledanou hodnotu, jak pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ i $\alpha = 0,01$, porovnáváme s vypočítaným T - platí i pro příklady na následujících stranách (Reiterová 2003).

$$n = 12 \quad T = 16,5 \quad T_{\alpha 1} (\text{pro } \alpha = 0,05) = 14 \quad T_{\alpha 2} (\text{pro } \alpha = 0,01) = 7$$

$T > T_{\alpha 1}$ (i $T_{\alpha 2}$)... přijímáme H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ i $\alpha = 0,01$...tzn., že mezi hodnotami před a po tanečním programu není signifikantně významný rozdíl.

5. 2. ŠAD – jak se obvykle cítíš?

pořadové číslo n	hodnoty před - x_i	hodnoty po - y_i	d_i ($d_i = x_i - y_i$)	pořadí +	pořadí -
1.	47	38	9	10	
2.	52	45	7	9	
3.	34	33	1	3	
4.	42	43	-1		3
5.	36	35	1	3	
6.	40	43	-3		6
7.	36	35	1	3	
8.	53	42	11	11	
9.	34	39	-5		8
10.	32	36	-4		7
11.	33	34	-1		3
12.	33	49	-16		12
□				39	39

$n = 12$ $T = 39$ $T_{\alpha 1}$ (pro $\alpha = 0,05$) = 14 $T_{\alpha 2}$ (pro $\alpha = 0,01$) = 7

$T > T_{\alpha 1}$ (i $T_{\alpha 2}$)... přijímáme H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ i $\alpha = 0,01$... tzn., že mezi hodnotami před a po tanečním programu není signifikantně významný rozdíl.

5. 3. CDI

pořadové číslo n	hodnoty před - x_i	hodnoty po - y_i	d_i ($d_i = x_i - y_i$)	pořadí +	pořadí -
1.	11	6	5	6	
2.	28	25	3	4,5	
3.	21	11	10	10,5	
4.	30	22	8	8,5	
5.	24	21	3	4,5	
6.	14	15	-1		2
7.	10	10	0	1	
8.	30	14	16	12	
9.	16	8	8	8,5	
10.	13	20	-7		7
11.	10	8	2	3	
12.	10	20	-10		10,5
□				58,5	19,5

$$n = 12 \quad T = 19,5 \quad T_{\alpha 1} (\text{pro } \alpha = 0,05) = 14 \quad T_{\alpha 2} (\text{pro } \alpha = 0,01) = 7$$

$T > T_{\alpha 1}$ (i $T_{\alpha 2}$)... přijímáme H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ i $\alpha = 0,01$...tzn., že mezi hodnotami před a po tanečním programu není signifikantně významný rozdíl.

5. 4. CDI – negativní sebehodnocení (škála E)

pořadové číslo n	hodnoty před - x_i	hodnoty po - y_i	d_i ($d_i = x_i - y_i$)	pořadí +	pořadí -
1.	3	1	2	8,5	
2.	8	7	1	4,5	
3.	4	3	1	4,5	
4.	5	7	-2		8,5
5.	4	5	-1		4,5
6.	4	2	2	8,5	
7.	2	2	0	1,5	
8.	6	3	3	11	
9.	4	2	2	8,5	
10.	3	7	-4		12
11.	3	4	-1		4,5
12.	3	3	0	1,5	
□				48,5	29,5

$$n = 12 \quad T = 29,5 \quad T_{\alpha 1} (\text{pro } \alpha = 0,05) = 14 \quad T_{\alpha 2} (\text{pro } \alpha = 0,01) = 7$$

$T > T_{\alpha 1}$ (i $T_{\alpha 2}$)... přijímáme H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ i $\alpha = 0,01$...tzn., že mezi hodnotami před a po tanečním programu není signifikantně významný rozdíl.

DISKUSE

Výsledky výzkumu přinesly zajímavé závěry. Původní záměr, pojmout výzkum jak kvalitativně, tak i kvantitativně, byl, že kvantitativní závěry podpoří, a dodají jakousi váhu těm kvalitativně získaným. Mezi oběma těmito částmi analýzy výsledků však došlo k rozporu. Zatímco kvalitativně získaná data spíše podporovala původní výzkumnou otázku, tedy že budou mít lekce břišního tance pozitivní vliv na sebehodnocení dívek, vnímání a přijetí svého těla a zmírnění depresivní a úzkostné symptomatiky, kvantitativní závěry ji nepotvrdily.

Jako nejpravděpodobnější příčina se jeví příliš malý výzkumný vzorek. Původně jsem počítala s větším počtem dívek, proto se v práci objevil pokus o validizaci výsledků kvantitativním způsobem. Bohužel celkový počet dívek se nedal dopředu odhadnout. Bylo to zcela závislé na tom, jaké dívky budou zrovna hospitalizované na oddělení, a kolik jich absolvuje předem stanovený počet lekcí. Nedalo se též ovlivnit náhlé propuštění, iniciované většinou ze strany rodičů. Celkový počet – 12, byl nejspíš příliš malý na to, aby se projevil signifikantní změny ve výsledcích zpracovaných Wilcoxonovým testem.

Také některé metody sběru dat, konkrétně sebesuzovací dotazník ŠAD (Škály na měření úzkosti a úzkostnosti u dětí) a dotazník CDI (Sebesuzovací škála depresivity pro děti), se ze zpětného pohledu nejeví jako úplně vhodné. Myslím si, že oba dotazníky nabízejí velkou možnost vědomě zkreslovat výsledky, a to jak pozitivně tak i negativně. Nerozliší kvalitně lži skóre. Toto bylo u některých dívek velmi patrné především u škály aktuálního prožívání úzkosti, vzhledem k velkému rozporu mezi výsledkem dotazníku a jejími projevy chování. U CDI vidím největší nedostatek v nízkém počtu položek u jednotlivých subškál. Ve výsledcích výzkumu bylo například samostatně hodnoceno negativní sebehodnocení dívek, jehož výsledky vycházely právě z údajů škály E v CDI, které byly dále zpracovány pomocí Wilcoxonova testu. Škála negativního sebehodnocení se skládá pouze ze čtyř položek, přičemž jedna z nich se ptá na suicidální tendence. Myslím si, že je to velmi nedostatečné, a proto nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v sebehodnocení dívek, ani v úzkostných a depresivních projevech na úvod a na závěr výzkumu. Bohužel u nás není příliš velký výběr dotazníkových metod, vzhledem k věkovému rozsahu ve výzkumném souboru.

Dalším limitem této práce je délka trvání pohybové aktivity, která byla průměrně jen 9 týdnů respektive lekcí, na rozdíl od například Pastuchou a jeho spolupracovníky (2007) doporučených 10 – 12 týdnů.

Výsledky, které přinesly závěrečné rozhovory, jsou většinou v souladu s původní výzkumnou otázkou, což ukazuje jejich analýza. Tanec dívkám přinášel uvolnění, radost a příjemné pocity. Dalo by se říct, že pro ně byl jakousi formou aktivní relaxace, kdy měly možnost zapomenout na problémy kolem, a být chvíli jen samy se sebou. Převážně také zlepšil vztah ke svému tělu, ale u některých dívek tato změna zatím nebyla vědomá, nejspíš z důvodu krátkého trvání tanečního programu, a opravdu hlubokých potíží. Tato myšlenka však vychází pouze z mého pozorování a dalo by se o ní jistě diskutovat. Informací z rozhovorů si hodně vážím. S dívkami jsem si povídala vždy na závěr našeho tanečního programu, a myslím si, že spousta z nich neměla problém být ke mně upřímné, protože jsme spolu už dlouho pracovaly. Pokud přece jen přetrvával nějaký odpor k testové situaci, většinou na to upozornila kresba stromu.

Některé dívky v rozhovoru také uváděly, že se jim objevovaly různé vzpomínky, ať už na rodinu, nebo na něco, co zažily. Byly převážně smutného charakteru a dívky samy je pociťovaly jako důležité. Občas se objevily i silné emoce. Charakter tanečního programu však nebyl tvořen jako terapie, takže jsem neměla prostor s těmito věcmi dále pracovat. Myslím si, že spojení konceptu taneční terapie a prvků břišního tance by mohlo být pro adolescentní dívky velmi přínosné. Tato práce by pak mohla v tomto směru posloužit jako primární zdroj informací o dané problematice.

Samozřejmě se nedá přesně říct, co přesně působilo na změny v psychickém stavu dívek. Pravidelné hodiny břišního tance byly součástí komplexní léčby na dětském oddělení. Dívky tedy současně absolvovaly individuální a skupinovou terapii, režimovou léčbu, různé formy pracovní terapie, někdy také arteterapii, canisterapii, dramaterapii. V některých případech docházely i na rehabilitační cvičení nebo balneoterapii. Je tedy jasné, že abychom mohli zkoumat čistě vliv tanečního programu, museli bychom tyto ostatní vlivy zcela vyloučit, což je v těchto podmínkách nemožné.

Myslím si, břišní tanec je pro dospívající dívky vhodnou formou pohybové aktivity, protože klade důraz na rozmanitost tělesného vzhledu a na prožitek ženskosti. Pokud by se zasadil do rámce tanečně pohybové terapie, myslím si, že by mohl s úspěchem pracovat s tématy jako přijetí vlastního těla, jeho lepší vnímání, sebevědomí a sebehodnocení sebe jako ženy. Je vhodný především pro pacientky trpící poruchami příjmu potravy, potížemi se sebepoškozováním, ženy po sexuálním zneužití, ale i pro pacientky s depresí, na které má tanec aktivizující vliv.

ZÁVĚR

Celkově lze výsledky výzkumu označit spíše za rozporuplné. Na kvalitativní úrovni ukázala analýza sesbíraných dat převážně pozitivní efekt na psychické ladění dívek. Zlepšilo se vnímání svého těla, většinou zmizel vyloženě negativní až nenávistný postoj ke svému vzhledu a došlo k nějakému stupni přijetí. Docházelo i ke zmírnění úzkostného ladění, zejména jeho aktuálního prožívání. Kvantitativní analýza dat tyto výsledky nepodpořila. V žádné ze čtyř kategorií výsledků, ať už z oblasti úzkostné nebo depresivní symptomatiky, nedošlo ve výzkumném souboru dvanácti dívek ke statisticky významné změně.

SOUHRN

Dospívání je obdobím velkých biologických, psychických a sociálních změn. Podle Eriksona je hlavním úkolem dospívajícího jedince hledání vlastní identity za současného boje proti pocitům nejistoty o své vlastní roli mezi lidmi, které ho ohrožují. Je to doba hledání odpovědí na otázky: kdo jsem, jaký jsem, jaký je smysl mého života, jak se na mě dívají ostatní, kam patřím, kam směřuji, jaké hodnoty jsou pro mě nejdůležitější. Se všemi těmito změnami souvisí proces individuace. V rámci tohoto procesu dospívající formuje a utváří zcela nové vztahy s okolními lidmi, zbavuje se primární závislosti na rodičích a vytváří si vlastní jedinečnost ve smyslu osobních charakteristik a relativní samostatnosti. Velmi důležitým tématem v době dospívání se stávají hranice a jejich překonávání a porušování, které se ukázalo jako nezbytné k posílení vlastní identity (Heider, 2007).

Díky všem těmto významným vývojovým změnám, které se dějí často intenzivně a hekticky, vznikají i různé specifické strachy, které jsou v dospívání časté. Jsou to především pocity nejistoty spojené se sebou samým, strach ze selhání, strach z toho, že budou sociálně odmítnuti, pocity vlastní méněcennosti, které dospívající trápí. Ukazuje se, že jednou z největších obav dospívajících dívek jsou starosti o svou postavu (Grogan, 2000). Podle Fialové (2001) je tělo naším hlavním prostředkem pro sebeexpresi a interakci se světem, a proto i významně ovlivňuje proces sebedefinování. Studie provedená Davisonem a McCabem v roce 2006 (in Fourie, Lessing, 2010) upozorňuje, že vztah mezi body image a negativními emocemi je nejvíc silný právě v období adolescence. Existuje také vztah mezi obavami ze vzhledu těla a depresivními a úzkostnými symptomy u dospívajících. Nespokojenost s tělem a touha po štíhlosti je mezi adolescentními dívkami tak častá, že byla identifikována jako normativní nespokojenost (Rodin et al., 1985; Phares et al., 2004, in Rašticová, 2009).

Diagnostické skupiny, které se vyskytovaly ve výzkumném souboru, byly rozmanité. Vše sjednocoval výskyt úzkostně – depresivní symptomatiky. Úzkost bývá velmi často provázena depresí a naopak - depresivní projevy, které si člověk někdy neumí vysvětlit a najít příčinu mohou vzbuzovat strach a úzkost. Malá (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000) uvádí, že deprese se vyskytuje u 1 – 8 % dětí a adolescentů. U adolescentů je v popředí ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení až fobie, selhávání ve škole, únava, prudké kolísání nálad, nuda, anhedonie, předrážděnost, impulzivita, sebevražedné pokusy nebo nadměrná konzumace alkoholu a drog. Často se také objevuje tzv. tichá rezignace, která se projevuje zasněností, sociální izolovaností a rozladěnou náladou. Dá se

ale říct, že klinický obraz deprese je v adolescenci už v podstatě shodný s projevy deprese dospělých.

Diagnostická skupina Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci byla ve výzkumném souboru zastoupena Poruchou chování ve vztahu k rodině (F91.0), Nesocializovanou poruchou chování (F91.1), Socializovanou poruchou chování (F91.2), Depresivní poruchou chování (F92.0) a Poruchou aktivity a pozornosti (F90.0).

O Mentální anorexii panuje obecně představa, že je to porucha způsobená především narušeným způsobem vnímání vlastního těla. Mnoho odborníků soudí, že tyto dívky vnímají chybně velikost své postavy a mají tendence ji přehnaně nadhodnocovat. Některé studie ukázaly (například Thompson et al., 1990, in Grogan, 2000), že svou velikost nenadsazují o nic víc než „normální“ ženy. Srovnání výsledků obou skupin doložilo, že přehánějí svou velikost ve stejné míře, což nutí k závěru, že Mentální anorexie pravděpodobně není důsledkem nedostatku ve vnímání těla (Grogan, 2000).

Chování s cílem záměrného sebepoškozování se začíná objevovat nejčastěji v období adolescence a mladé dospělosti. V mnoha případech se sebepoškozování nevyskytuje samostatně. Velmi často se objevuje u poruch příjmu potravy, u obsedantně-kompulzivní poruchy, u depresivní fáze, také u posttraumatické stresové poruchy a jiných úzkostných poruch (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

U sexuálně zneužitých dětí se problémy v chování manifestují interně nebo externě (Weiss, 2005). Děti, které mají sklon spíše k internalizovanému chování, se uzavírají před světem, snaží se izolovat, jsou málo komunikativní a úzkostné. Často mají somatické potíže, jako jsou bolesti hlavy, žaludku. Hlavně u dívek se objevují i poruchy příjmu potravy. Externalizované chování se projevuje častěji u chlapců. Takovéto děti jsou agresivní, hostilní, násilnické. Provokují své okolí, objevuje se u nich sexualizované chování. Časté jsou i poruchy spánku, potíže s učením, útky z domova atd. (Weiss, 2005).

Lidský pohyb není jen pohybem těla. Patří k němu i myšlení, emoce a vůle. Výzkumy, které se zabývaly pozorováním lidského pohybu a jeho výrazové a emocionální kvality dokázaly, že člověk je charakterizovaný vztahem mezi emocí, kterou právě prožívá, a prováděným pohybem (Hátlová, 2003). Specifickou pohybovou aktivitou člověka je tanec. Vyjádření pocitů je při tanci bezprostřední, dovoluje dát okamžitě neverbálním způsobem najevo právě prožívané emoce (Jebavá, 1998).

Břišní tanec patří mezi nejstarší druhy tance na světě. Žena v břišním tanci najde cestu, jak pracovat se svou prapůvodní ženskou energií, která jí umožní objevit svou ženskost,

krásu a sebevědomí (Mila el Kral, 2002). Při tanci se naučí vnímat své tělo, jeho jednotlivé části, a pracovat s nimi typicky ženským způsobem. Psychologické výzkumy přímo v oblasti břišního tance zatím nejsou tak časté. Zkoumána byla osobnost břišních tanečnic v závislosti na volbě tanečního oblečení (Deppe, M. A., 2010). Některé práce se zaměřují na vztah břišního tance a celkového sebehodnocení žen. Například výzkumná práce Hilary Giovale (2007) dává tento tanec do souvislosti s vyšším sebevědomím ženy, přijetím vlastního těla a celkovou větší jistotou a spokojeností.

Cílem výzkumu, který probíhal na dětském oddělení PL Šternberk od září 2009 do června 2010, bylo zjistit terapeutické účinky orientálního tance u dívek pubescentního a adolescentního věku s úzkostně - depresivní symptomatikou. Zaměřený byl na emoční a tělesné prožitky během tance, vliv na vnímání těla a sebehodnocení dívek a v neposlední řadě na jeho působení na úzkostné a depresivní projevy dívek. Výzkumný soubor tvořilo 12 hospitalizovaných dívek ve věku 12 až 16 let. Výzkum byl uskutečňován formou pravidelných tanečních lekcí. Na začátku a na konci tanečního programu, který trval průměrně 9 lekcí, absolvovaly dívky vyšetření. Pro sběr dat byly použity různé metody. Z těch dotazníkových to byl sebesposuzovací dotazník ŠAD – Škály na měření úzkosti a úzkostnosti u dětí a dotazník CDI – Sebesposuzovací škála depresivity pro děti. Dále se pracovalo také s Kresbou stromu a s Dotazníkem na vnímání těla. Klíčová bylo také pozorování během tanečních lekcí a závěrečný rozhovor, který byl zaměřen na emoční a tělesné prožitky z břišního tance, oblast vnímání těla a sebehodnocení. Na doplnění celkového obrazu byla použita i dokumentace z oddělení.

Z povahy použitých metod je analýza dat prováděna převážně kvalitativním hodnocením jednotlivých účastnic výzkumu. To znamená dvanáct samostatných celků, kde je shrnuto vše o konkrétní dívce. Závěrečné rozhovory byly vyhodnoceny také souhrnně metodou trsů, jejíž kategorie byly utvořeny takto: emoce prožívané při břišním tanci; pocity odehrávající se v těle při provádění tanečních prvků; nejoblíbenější a nejtěžší prvky; pohled na své tělo a sebehodnocení; změny, které mi břišní tanec přinesl. K posouzení výsledků dotazníků ŠAD a CDI byl použit Wilcoxonův pořadový test pro párové hodnoty. Byly vytvořeny čtyři kategorie výsledků, které se posuzovaly samostatně. Jsou jimi 1) hodnoty z dotazníku ŠAD pro aktuální prožívání úzkosti, 2) hodnoty z dotazníku ŠAD pro zhodnocení dlouhodobějšího výskytu úzkosti, 3) celkový skóre dotazníku CDI a 4) škála negativního hodnocení z dotazníku CDI. Ve všech čtyřech případech nebyl zjištěn mezi hodnotami před a po tanečním programu signifikantně významný rozdíl.

LITERATURA:

a) monografie

- **MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE;** *Duševní poruchy a poruchy chování; Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* (2006). Praha: Psychiatrické centrum Praha
- **BENTOVIM, A.** (2000). *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách.* Praha: Grada
- **BOUČEK, J. a kol.** (2006). *Speciální psychiatrie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- **COLUCCIA, P., PAFFRATH A., PÜTZ, J.** (2005). *Umění břišního tance.* Praha: Rybka Publishers
- **DALLAL, T., HARRIS, R.** (2006). *Břišním tancem ke kráse.* Praha: Beta
- **DOLPHINA** (2005). *Břišní tanec.* Praha: Ikar
- **FIALOVÁ, L.** (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka.* Praha: Karolinum
- **GILBERT, P., MILES, J. ed.** (2002). *Body shame: conceptualisation, research, and tretment.* Hove, New York: Brunner-Routledge.
- **GIDDENS, A.** (1999). *Sociologie.* Praha: Argo
- **GROGAN, S.** (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem.* Praha: Grada
- **HARTL, P., HARTLOVÁ, H.** (2004). *Psychologický slovník.* Praha: Portál
- **HÁTLOVÁ, B.** (2003). *Kinezioterapie – pohybová cvičení v léčbě psychických poruch.* Praha: Karolinum
- **HORNEYOVÁ, A., LANYADOOVÁ, M.** (2005). *Psychoterapie dětí a dospívajících.* Praha: Triton
- **HORT, VI., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol.** (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál
- **JANÍČEK, J.** (2008). *Když úzkost bolí.* Praha: Portál
- **JANOŠOVÁ, P.** (2008). *Dívčí a chlapecká identita.* Praha: Grada
- **JEBAVÁ, J.** (1998). *Kapitoly z dějin tance a možnosti terapie.* Praha: Karolinum
- **KOCOURKOVÁ, J. et al.** (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* Praha: Galén
- **KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S.** (1990). *Psychologická diagnostika dětí a mládeže.* Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého
- **KOVACS, M.** (1998). *Sebeposuzovací škála depresivity pro děti (CDI).* Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- **KRCH, F. D. a kol.** (1999). *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada
- **KRIEGELOVÁ, M.** (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci.* Praha: Grada
- **KŘIVOHLAVÝ, J.** (2003). *Jak zvládat depresi.* Praha: Grada
- **LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.** (2006). *Vývojová psychologie.* Praha: Grada
- **MALÁ, E., RABOCH, J., SOVÁK, Z.** (1995). *Sexuálně zneužívané děti.* Praha: Psychiatrické centrum Praha
- **MEIER, P., MINIRTH, F.** (1998). *Od deprese ke štěstí?.* Praha: Návrat domů

- **MELGOSA, J.** (2000). *Žít naplno – kniha o dospívání*. Praha: Advent – orion s. r. o.
- **MICHALČÁKOVÁ, R.** (2007). *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal
- **MILA EL KRAL** (2002). *Kouzlo orientálního tance*. Brno: Orient Dance Academy
- **MIOVSKÝ, M.** (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- **MUFSONOVÁ, S., KRANZOVÁ, R.** (1996). *O týrání a zneužívání – linka důvěry*. Praha: Lidové noviny
- **MÜLLNER, J., RUISEL, I., FARKAŠ, G.** (1983). *Škály na meranie úzkosti a úzkostlivosti u detí (ŠAD)*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy
- **PAYNEOVÁ, H.** (1999). *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál
- **PLATZNEROVÁ, A.** (2009). *Sebepoškozování – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén
- **PONĚŠICKÝ, J.** (2008). *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton
- **REITEROVÁ, E.** (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- **ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.** (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada
- **TIMULÁK, L.** (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton
- **ULČ, P. a kol.** (1999). *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada
- **VÁGNEROVÁ, M.** (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- **VÁGNEROVÁ, M.** (2005). *Vývojová psychologie I – dětství a dospívání*. Praha: Karolinum
- **VYMĚTAL, J.** (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál
- **WEISS, P. a kol.** (2005). *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada

b) články

- **HEIDER, D.** (2007). Význam hranic v dospívání. *Psychologie Dnes*, 1, 26 – 29.
- **HRACHOVICOVÁ, T., CHUDOBOVÁ, P.** (2004). Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci). *Československá psychologie*, 48, 6, 499 - 509.
- **KRCH, F. D.** (2006). Copak rodiče nevidí, jak je hubená?. *Psychologie Dnes*, 10, 25 – 27.
- **MACEK, P.** (2007). Dospívání očima psychologa. *Psychologie Dnes*, 11, 35 – 36.
- **RYŠÁNKOVÁ, M.** (2008). Proč se dospívající sebepoškozují?. *Pediatric pro praxi*, 9 (6), 383 – 387.
- **UHER, R., PAVLOVÁ, B., PAPEŽOVÁ, H., PROBST, M., YAMAMOTOVÁ, A.** (2004). Vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace u poruch příjmu potravy. *Československá psychologie*, 5, 385 – 396.
- **WYROBKOVÁ, A.** (2005). Femininita a maskulinita v sociálně-psychologických teoriích a výzkumu. *Československá psychologie*, 6.

c) internetové zdroje

- **ADÁMKOVÁ, M., HÁTLOVÁ, B.** (2009). Systematic review of researches testing movement and body techniques in the treatment of eating disorders. *E-psychologie* [online], ročník 3, č. 4., str. 55 – 60, from <http://e-psycholog.eu/pdf/adamkovaetal.pdf> (4. 10. 2010).
- **DEPPE, M. A.** (2010). Dressing the Dancer: Identity and Belly Dance Students. *A Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Minnesota*, May 2010, [Electronic version], from <http://www.google scholar.com> (15. 10. 2010).
- **FOURIE, J., LESSING, A. C.** (2010). The influence of dance and movement therapy (DMT) on the body image of female adolescents. *African Journal for Physical* [Electronic version], Vol. 16, No. 2, pp. 297 – 315. from <http://ezdroje.upol.cz/ezdroje/> (8. 10. 2010).
- **GIOVALE, H.** (2007). Undergraduate women, belly dance, and body image: personal narrative and qualitative analysis. Northern Arizona University, December 2006, [Electronic version], from <http://www.google scholar.com> (15. 10. 2010).
- **KANANGHINIS, A.** (2001). Bellydancing makes birth better. *Australian Nursing Journal* [Electronic version], Vol. 9, No. 2, pp. 37. from <http://www.google scholar.com> (24. 5. 2010).
- **KOYUNCU, M., TOK, S., CANPOLAT, A. M., CATIKKAS, F.** (2010). Body image satisfaction and dissatisfaction, social physique anxiety, self-esteem, and body fat ratio in female exercisers and nonexercisers. *Social Behavior and Personality* [Electronic version], Vol. 38, No. 4, pp. 561 – 570. from <http://ezdroje.upol.cz/ezdroje/> (14. 10. 2010).
- **MICHALČÁKOVÁ, R., LACINOVÁ, L., BOUŠA, O., KOTKOVÁ, M.** (2010). Strachy a citová vazba k rodičům v období rané adolescence, *E-psychologie* [online], ročník 4, č. 2., from http://www.e-psycholog.eu/pdf/michalcakova_etal.pdf (12. 9. 2010).
- **NASSER, M., BAISTOW, K., TREASURE, J.** (2007). *The Female Body in Mind (the Interface between the Female Body and Mental Health)*. Hove, East Sussex: Routledge [Electronic version] from <http://books.google.com> (26. 9. 2010).
- **PASTUCHA, P.** (2007). Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi* [online], ročník 8. č. 5. str. 206 – 207. from <http://www.psychiatriepropraxi.cz>, (4. 9. 2010).
- **RAŠTICOVÁ, M.** (2009). Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci, *E-psychologie* [online], ročník 3, č. 1., from <http://www.e-psycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>, (17. 9. 2010).
- <http://www.aysun.cz/tanec.php> (16. 7. 2010).
- [http://orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisni-tanec/druhy/tribal-kmenovy tanec](http://orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisni-tanec/druhy/tribal-kmenovy_tanec), (16. 7. 2010).
- [http://www.orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisni-tanec/druhy/folklorni-orientalni tance](http://www.orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisni-tanec/druhy/folklorni-orientalni_tance) (17. 7. 2010).

PŘÍLOHA 1. – ANOTACE MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta, Katedra psychologie

Efektivita a vliv břišního tance na prožívání a vnímání dívek s úzkostně – depresivní symptomatikou

Effectivity and influence of belly dance on experience and perception of girls with anxious - depressive symptomatology

Autor práce: Lenka Mádrová

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Smejkal

Rozsah práce: 105 stran (204 216 znaků), 33 stran příloh

Počet titulů použité literatury: 63

Datum zadání/odevzdání práce: 17. 2. 2010 / 16. 3. 2011

Abstrakt:

Tanec jako terapeutický prostředek umožňuje bezprostřední, neverbální vyjádření aktuálních emocí. Práce se zabývá působením pravidelných lekcí břišního tance na dívky s úzkostnými a depresivními projevy a dlouhodobým efektem tance na prožívání těchto dospívajících dívek a vnímání sebe sama jako ženy. Případové studie se zúčastnilo 12 dívek ve věku 12 – 16 let, hospitalizovaných na dětském psychiatrickém oddělení. Ke sběru dat bylo použito otevřené pozorování, rozhovor, Dotazník na vnímání těla, dotazníky ŠAD a CDI a kresba stromu. Z povahy použitých metod jsou výsledky výzkumu prezentovány převážně kvalitativním hodnocením jednotlivých účastnic výzkumu. K posouzení výsledků dotazníků ŠAD a CDI byl použit také Wilcoxonův pořadový test pro párové hodnoty.

Klíčová slova: úzkostně – depresivní symptomatika, dospívání, břišní tanec, emoce, sebehodnocení, body image

Abstract:

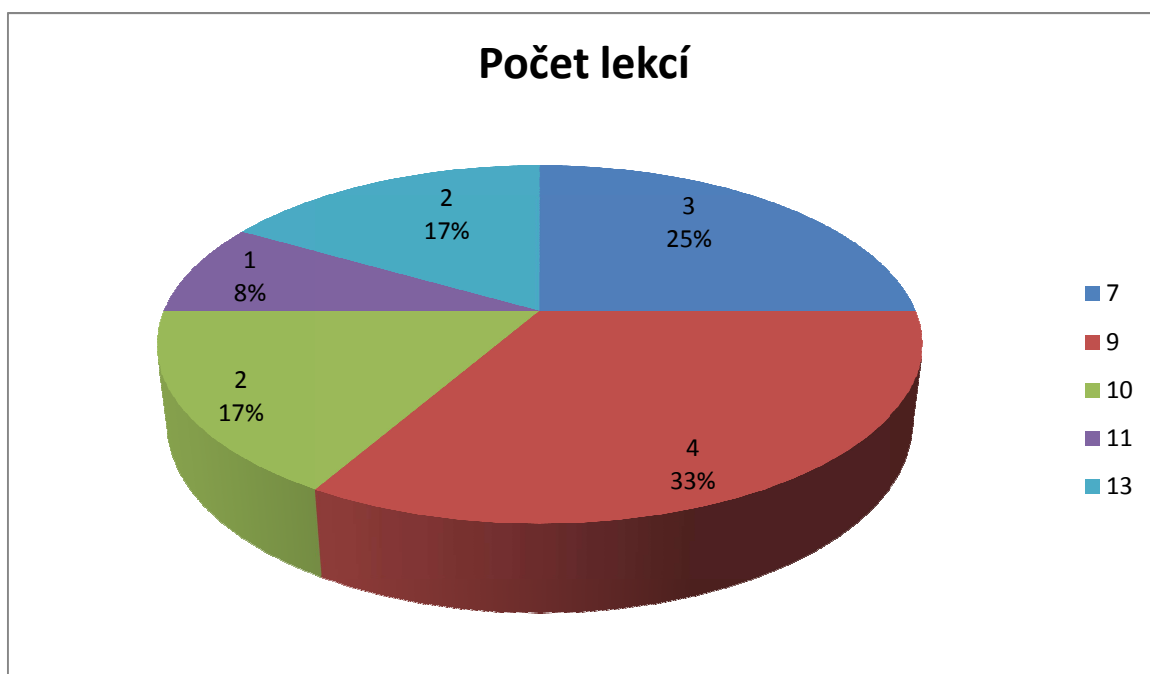
Dance as a therapeutic application makes possible immediate, nonverbal expression of actual emotions. The thesis deals with an influence of regular belly dance's lessons on girls with anxious – depressive symptomatology and long-term effect of this dance on adolescent girls' experience and perception themselves as women. 12 girls between the age of 12 – 16 years, hospitalized at a psychiatric department for children, participated in this case study. Open observation, interview, The Body – Perception Questionnaire, ŠAD and CDI questionnaires and Baum test were used for data collection. Results of the research are presented mainly as a qualitative evaluation of each individual participant because of the methods, that were applied. Moreover, to consider results of ŠAD and CDI questionnaires, Wilcoxon signed rank test was used.

Key-words: anxious – depressive symptomatology, adolescence, belly dance, emotions, self-esteem, body image

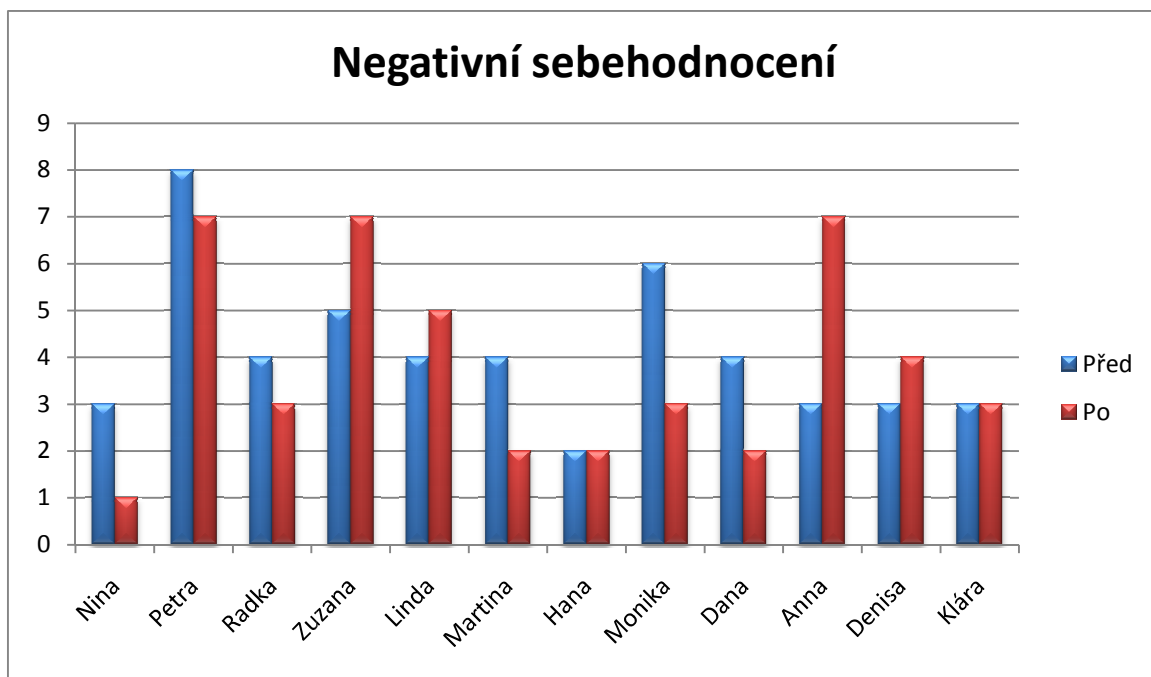
PŘÍLOHA 2. – GRAFY



Graf č. 1



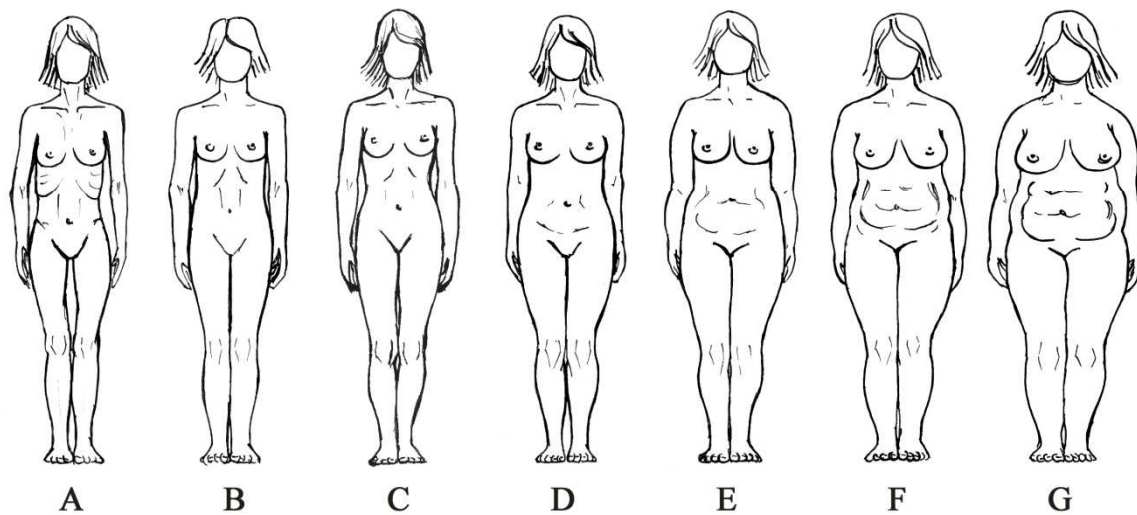
Graf č. 2



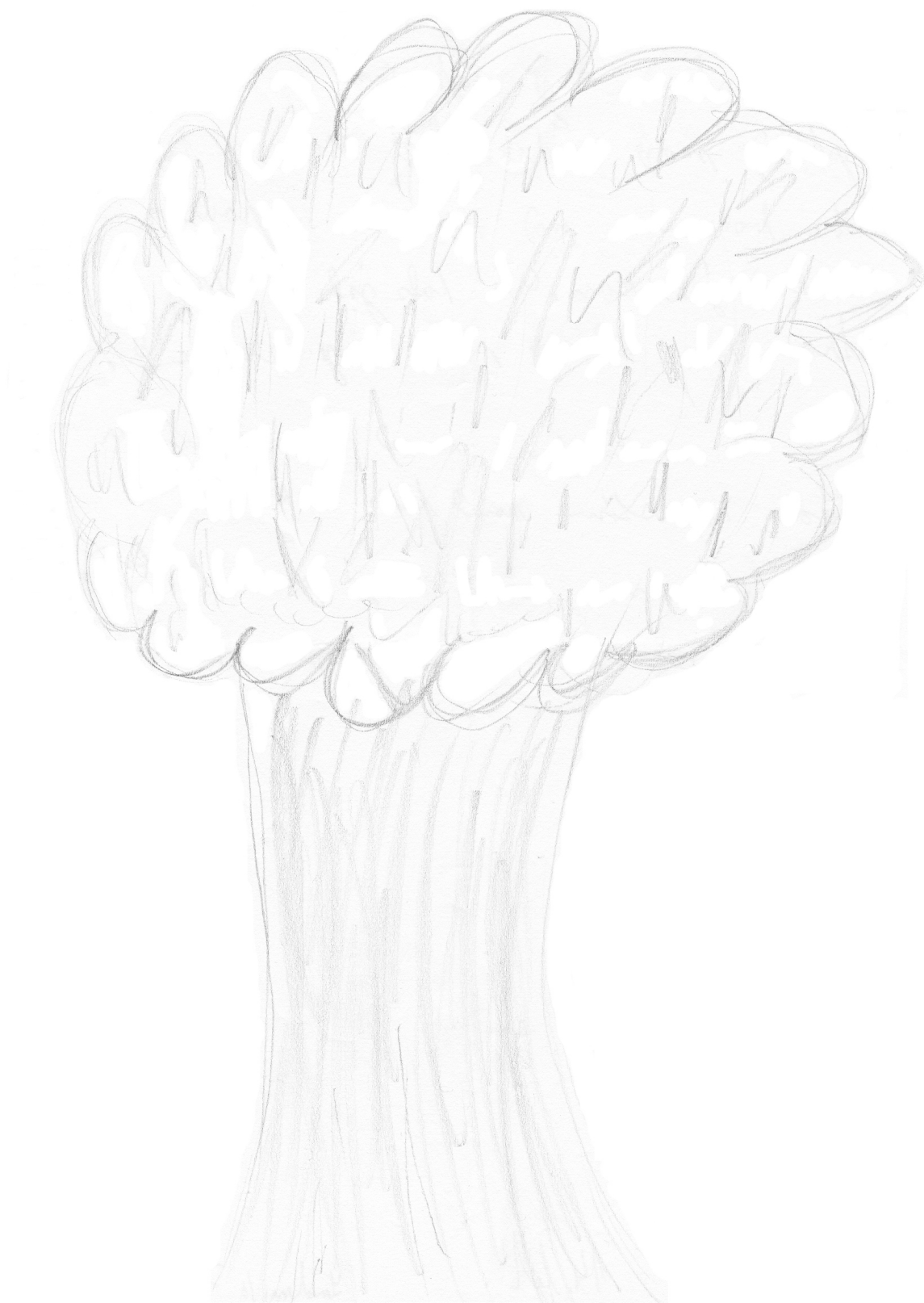
Graf č. 3

PŘÍLOHA 3. – SILUETY Z DOTAZNÍKU NA VNÍMÁNÍ TĚLA

I.



PŘÍLOHA 4. - KRESBY STROMU



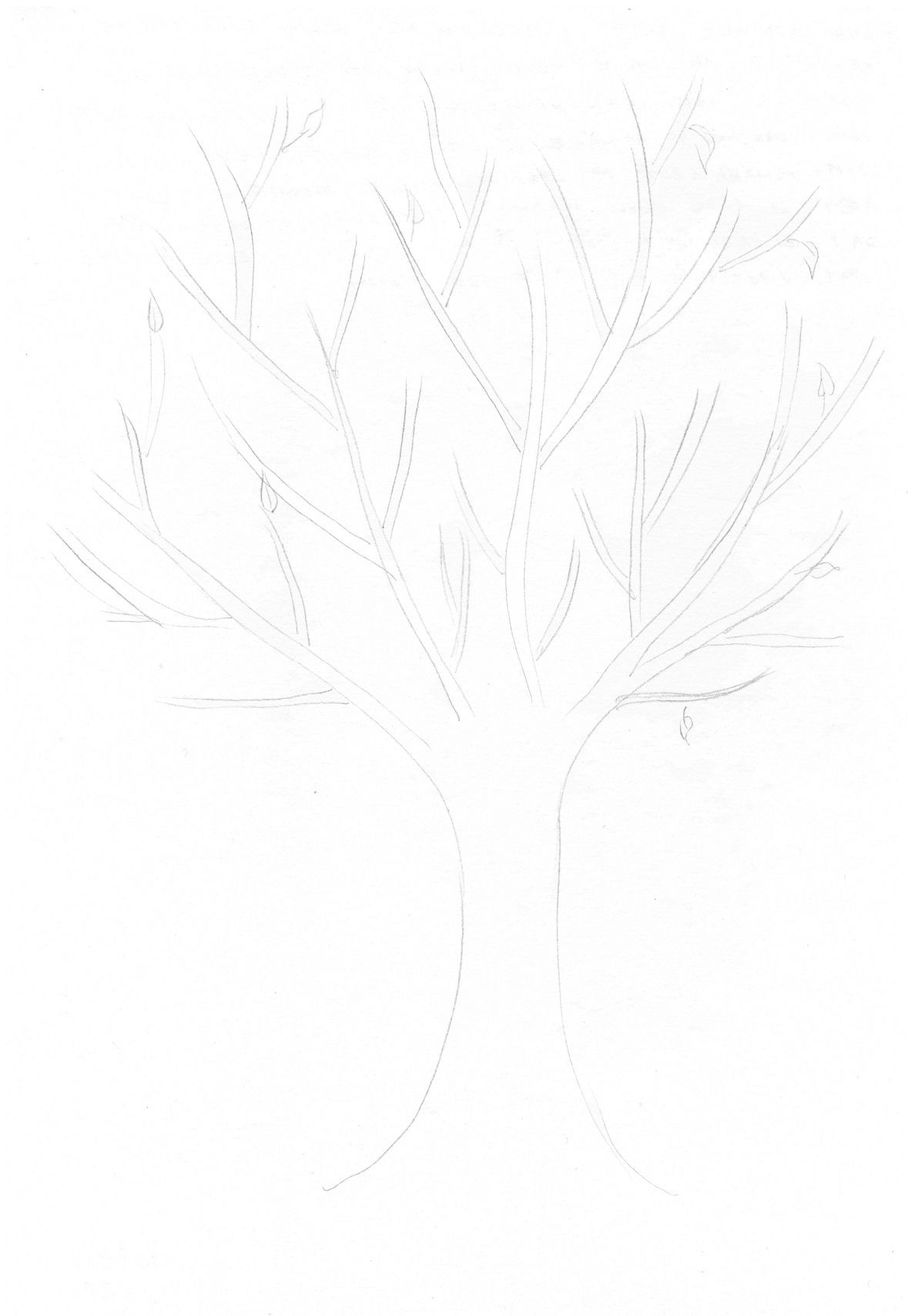
Kresba stromu 1. 1 (Nina)



Kresba stromu 1. 2 (Nina)



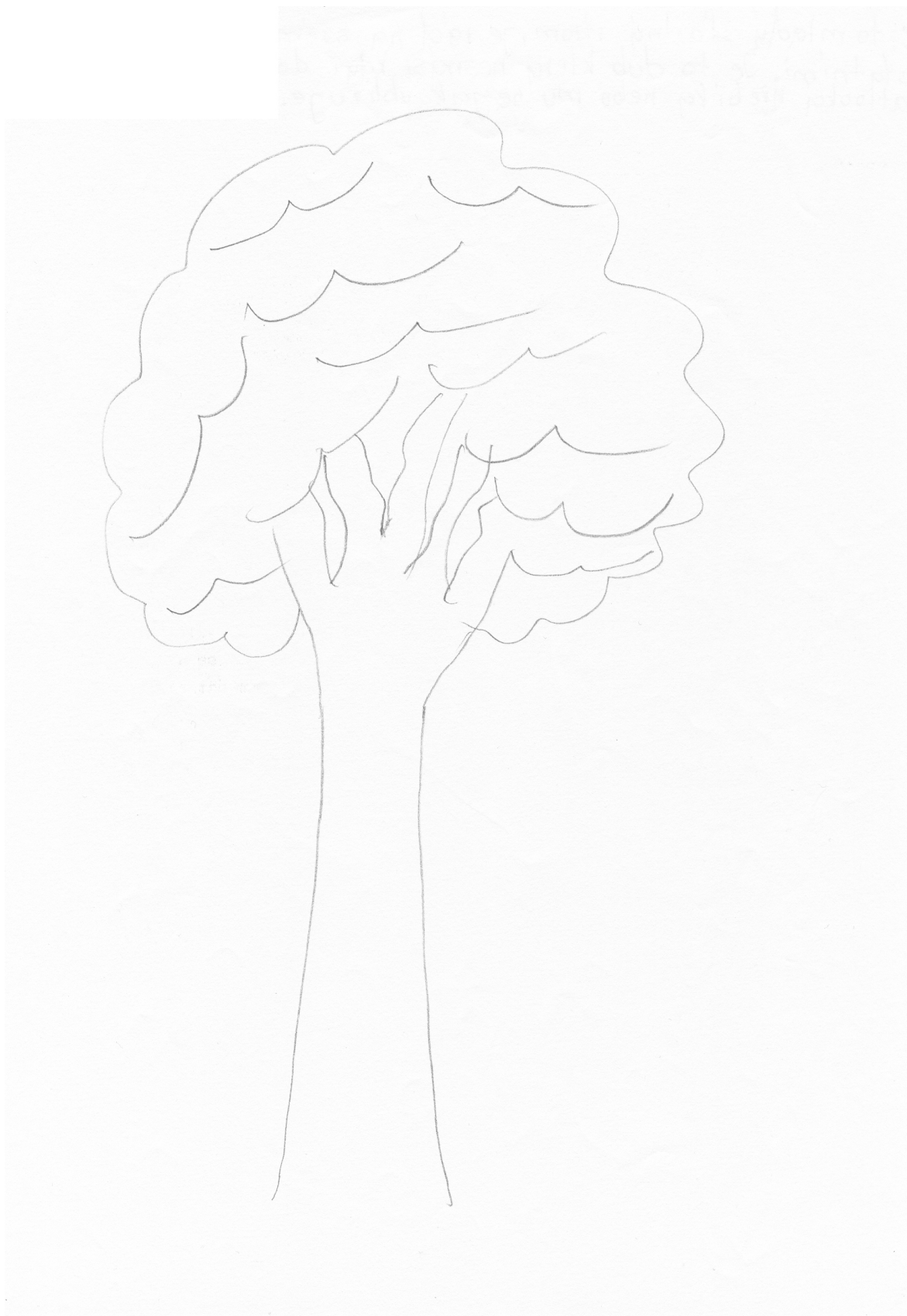
Kresba stromu 2. 1 (Zuzana)



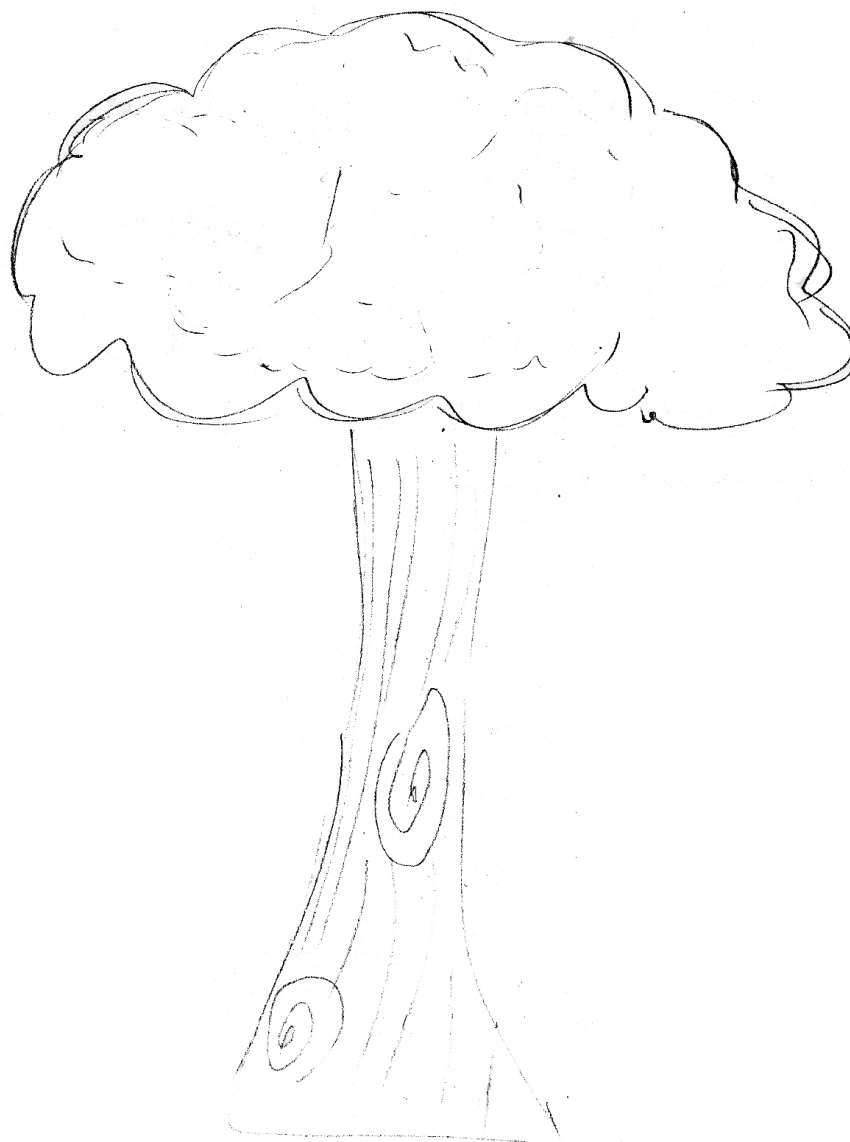
Kresba stromu 2. 2 (Zuzana)



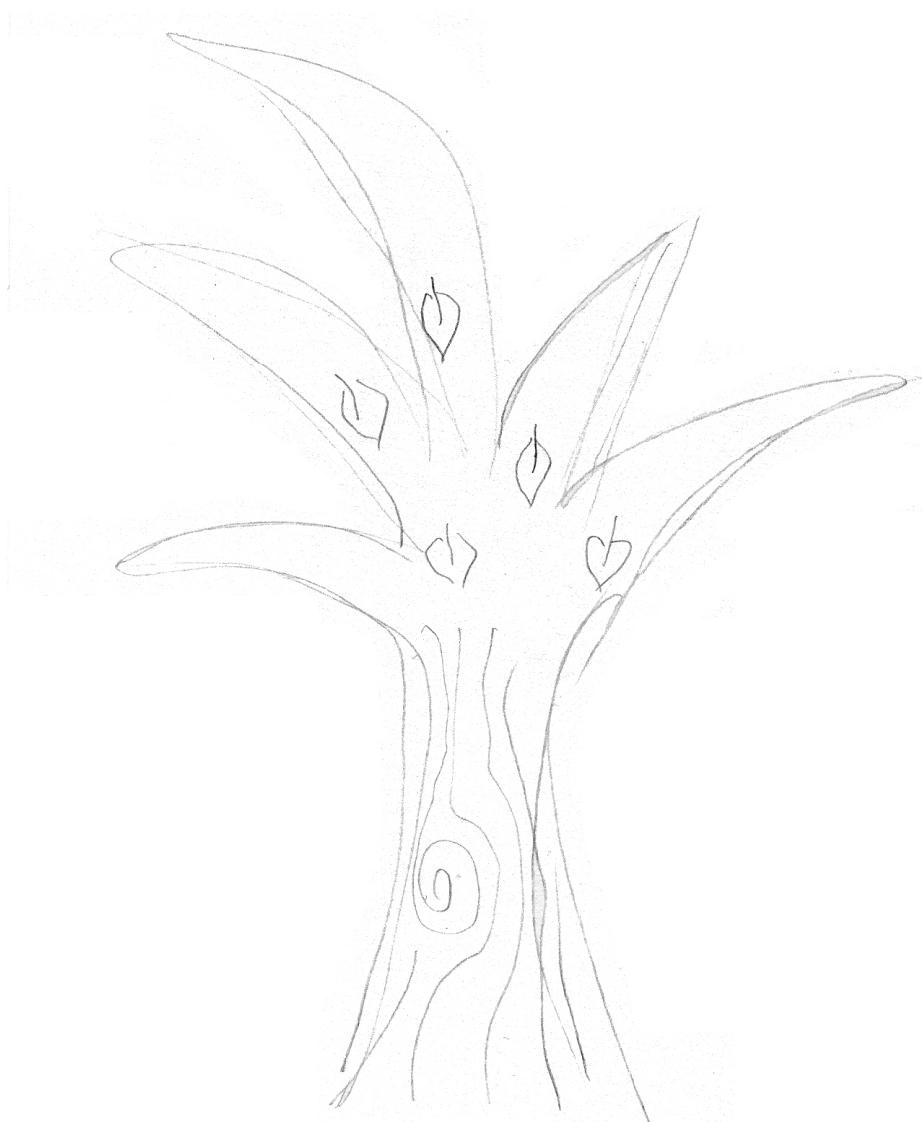
Kresba stromu 3. 1 (Monika)



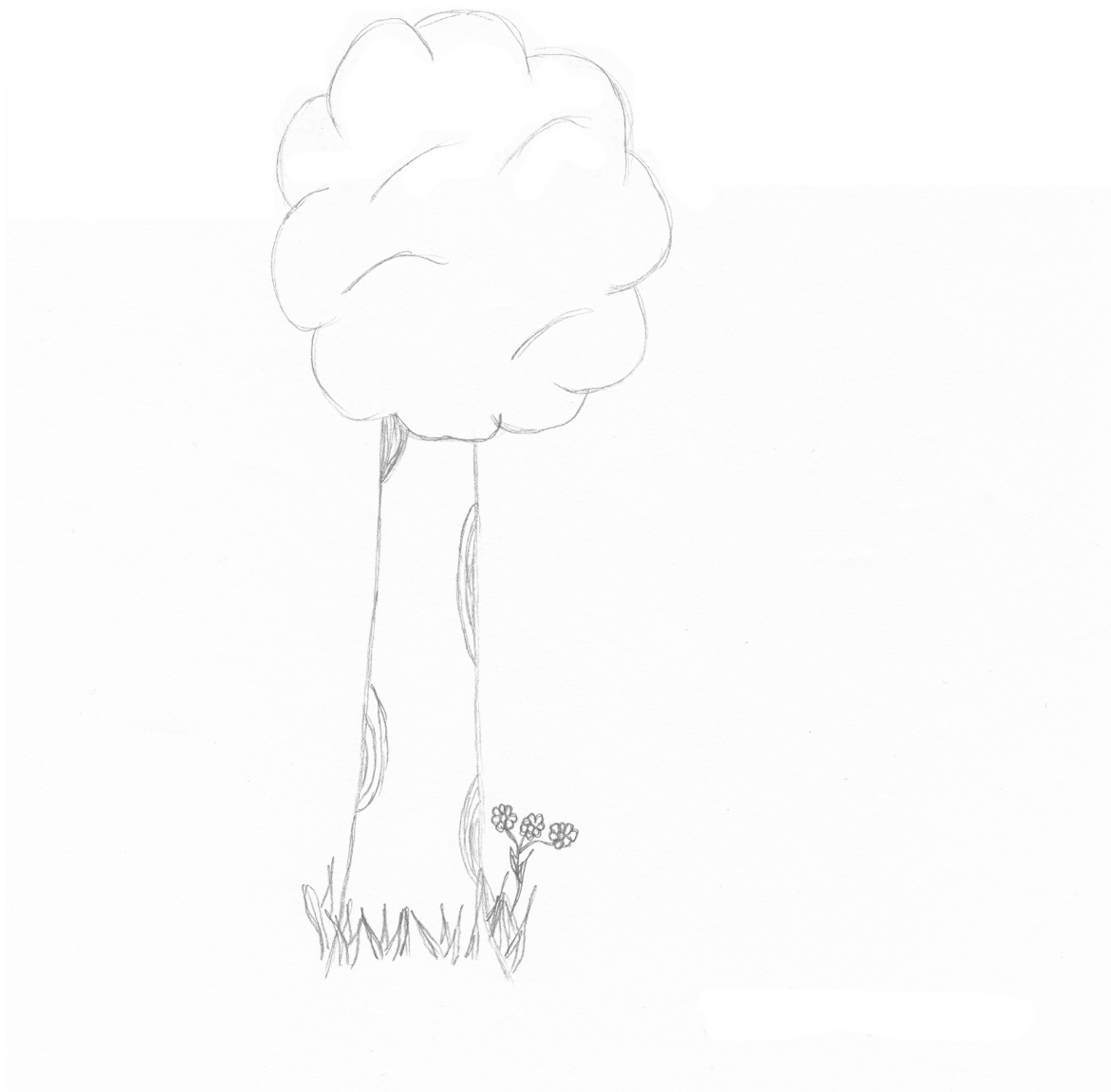
Kresba stromu 3. 2 (Monika)



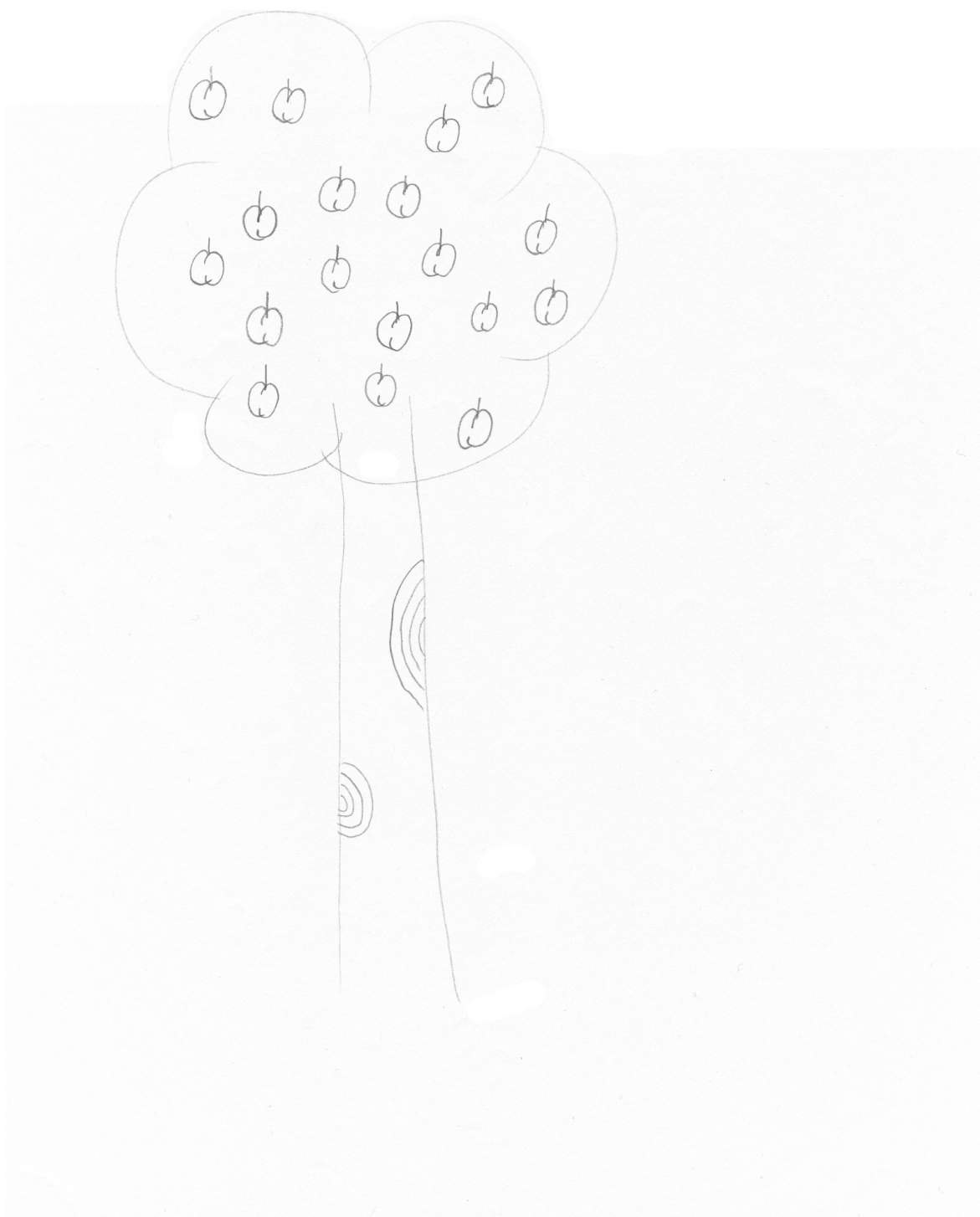
Kresba stromu 4. 1 (Dana)



Kresba stromu 4. 2 (Dana)



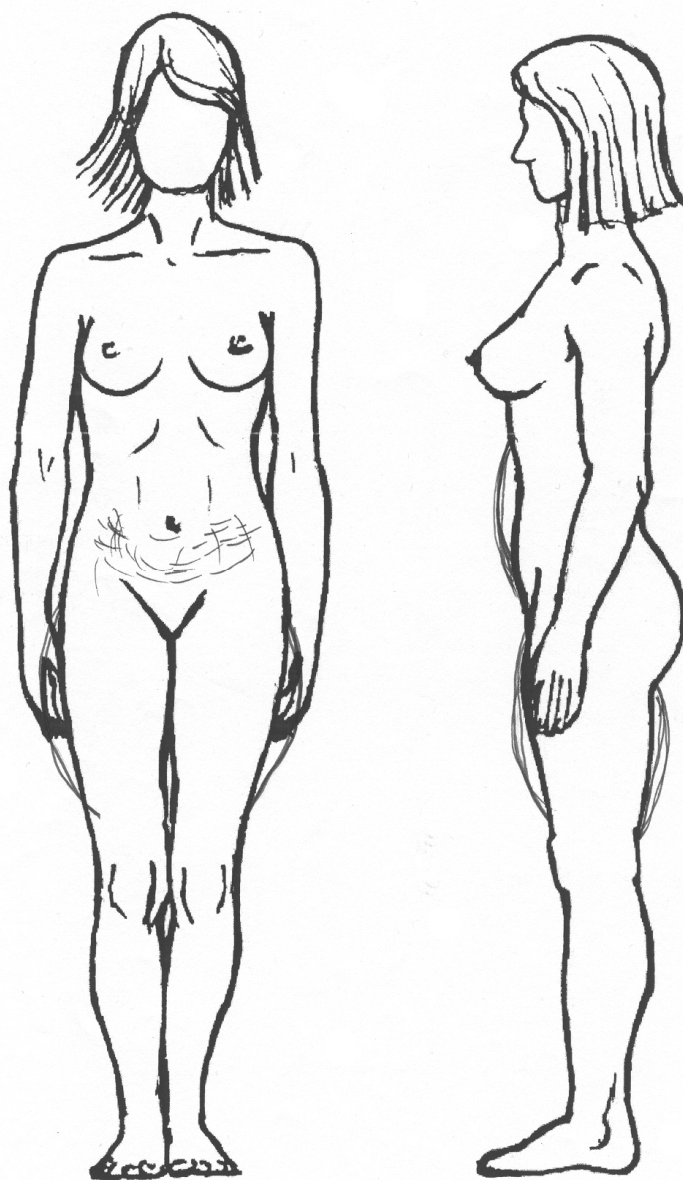
Kresba stromu 5. 1 (Andrea)



Kresba stromu 5. 2 (Andrea)

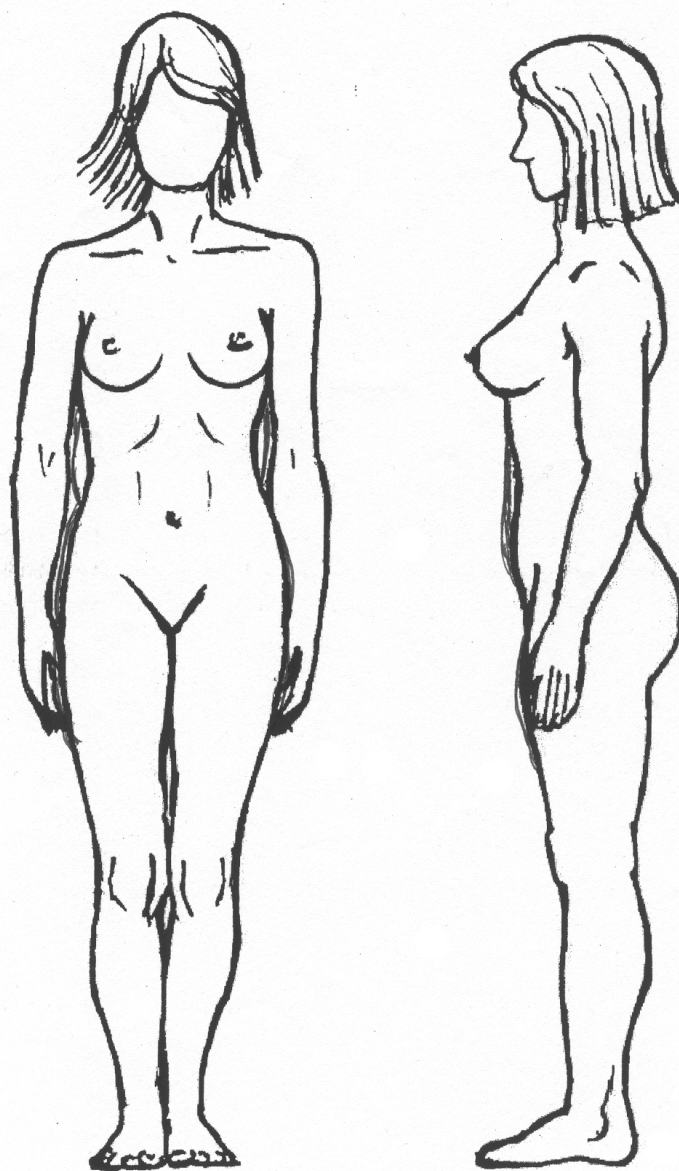
PŘÍLOHA 4. – II. ČÁST DOTAZNÍKU NA VNÍMÁNÍ TĚLA

II.



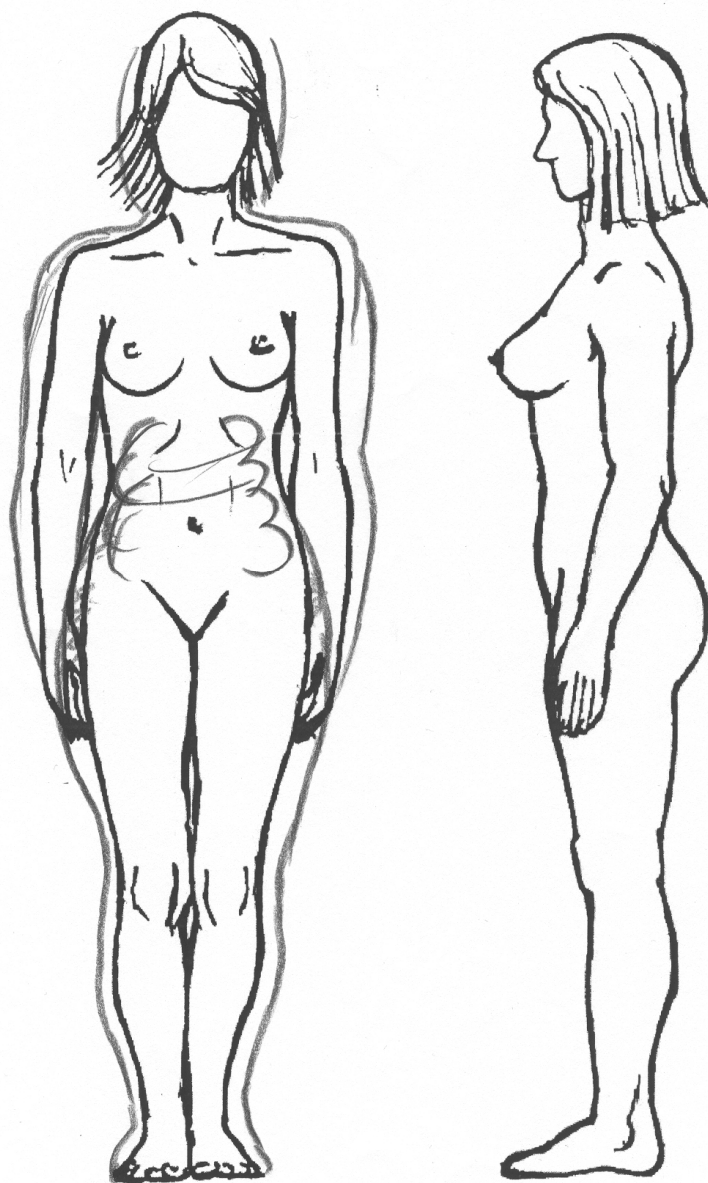
Postava 1. 1 (Nina)

II.



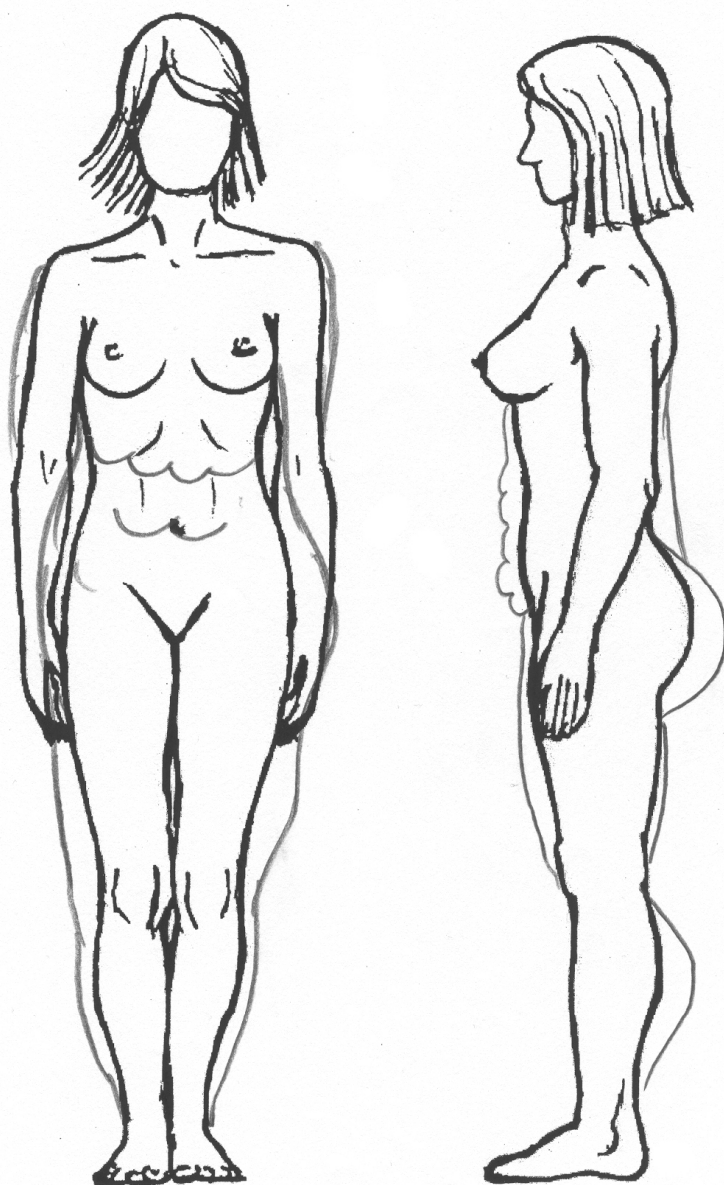
Postava 1. 2 (Nina)

II.



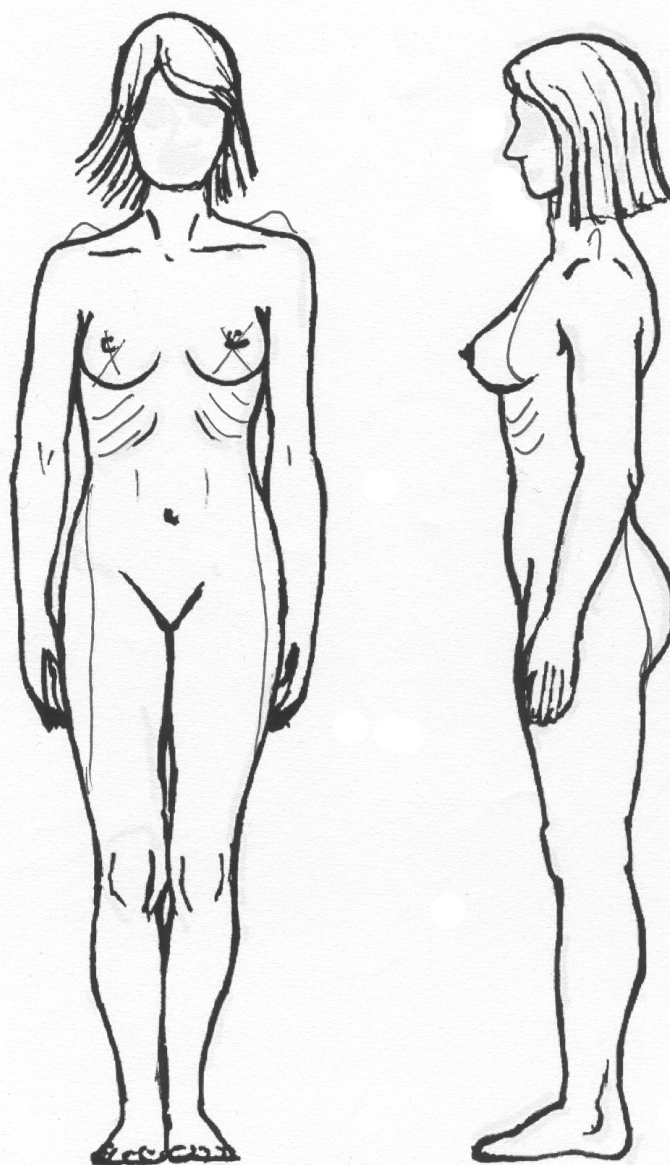
Postava 2. 1 (Petra)

II.



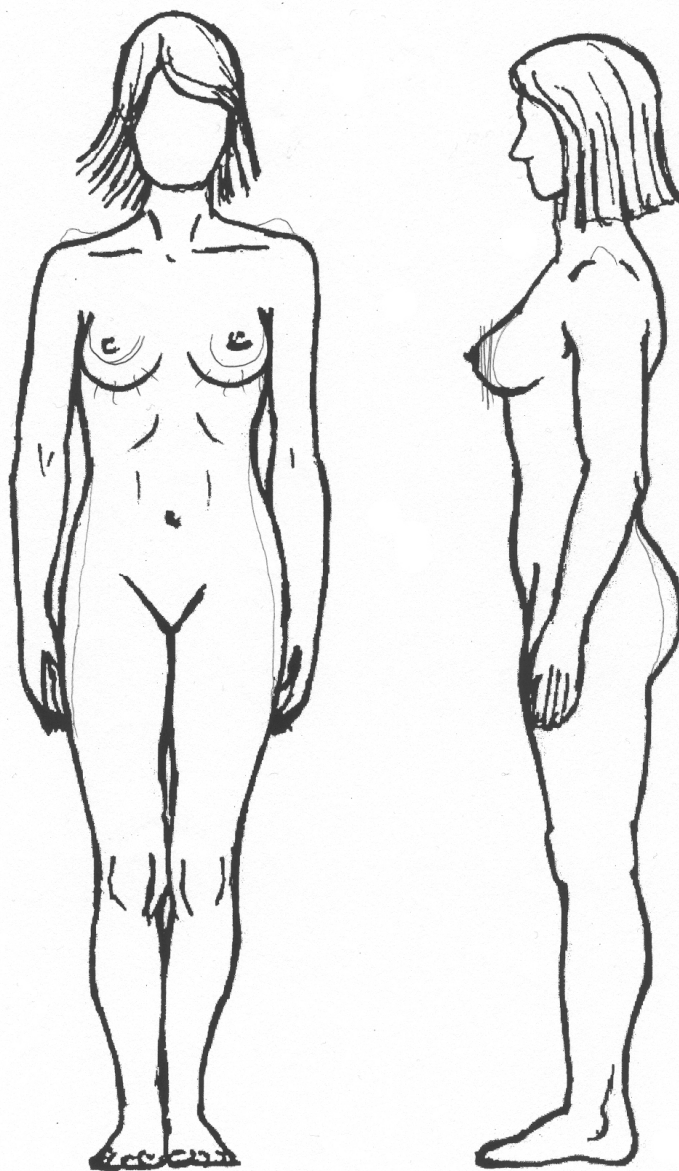
Postava 2. 2 (Petra)

II.



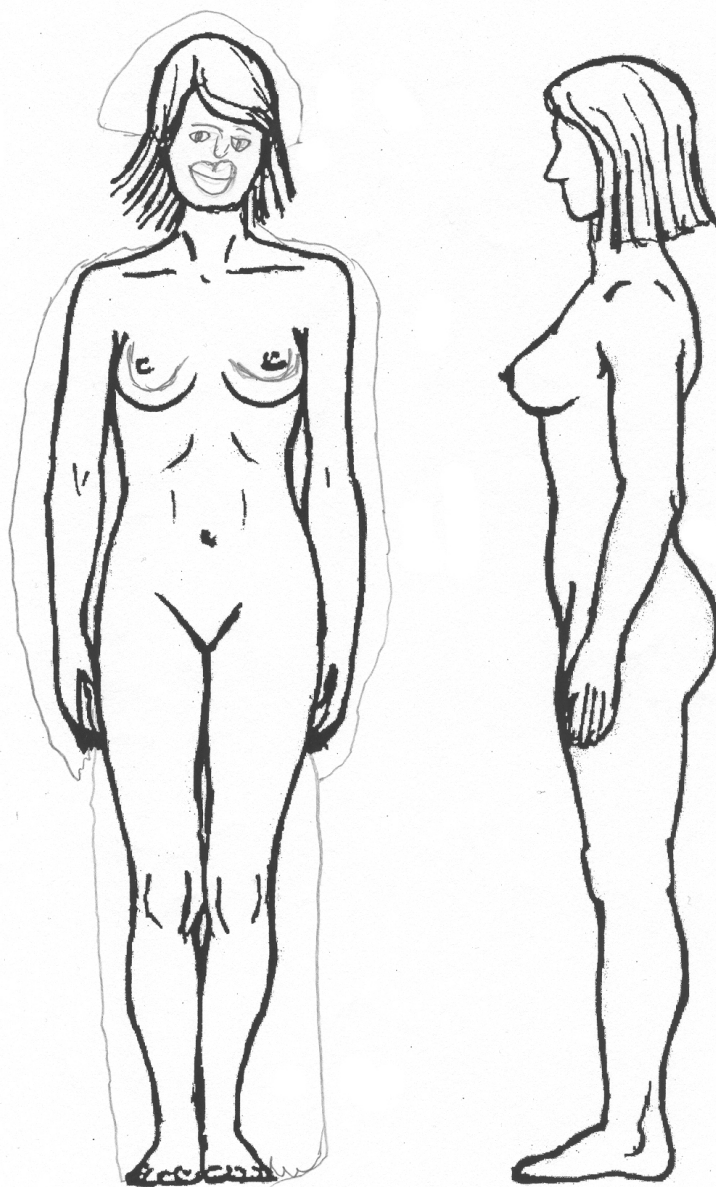
Postava 3. 1 (Linda)

II.



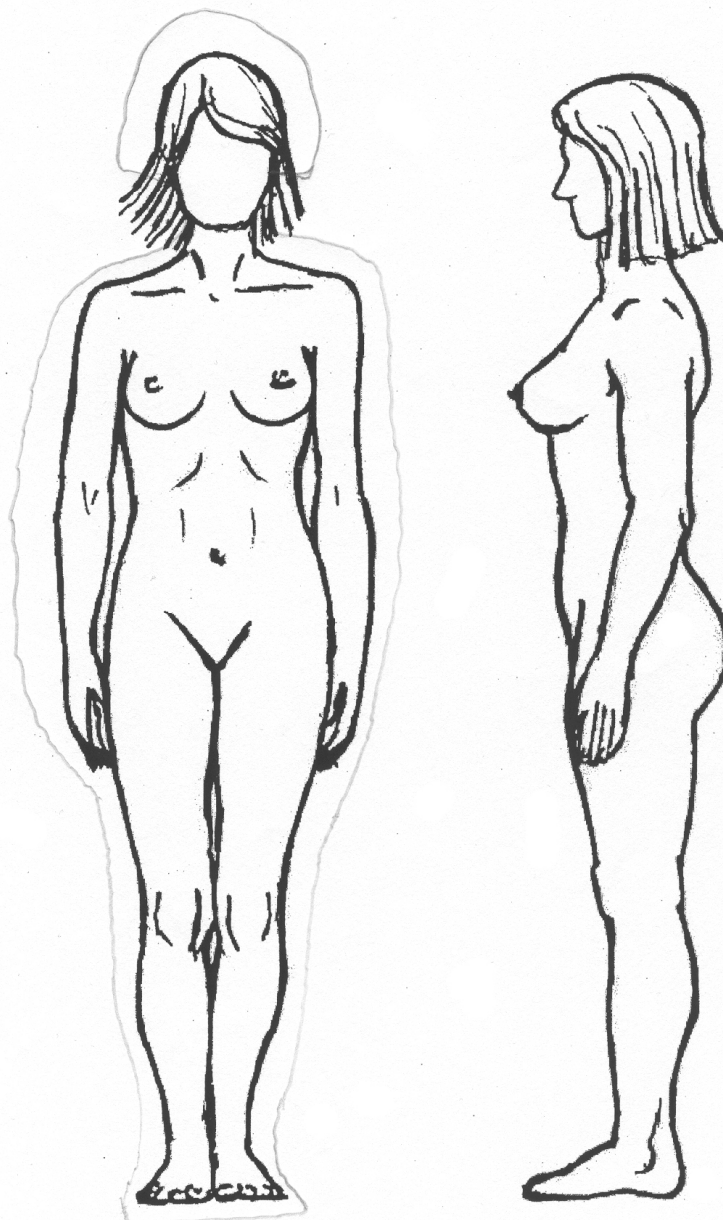
Postava 3. 2 (Linda)

II.



Postava 4. 1 (Klára)

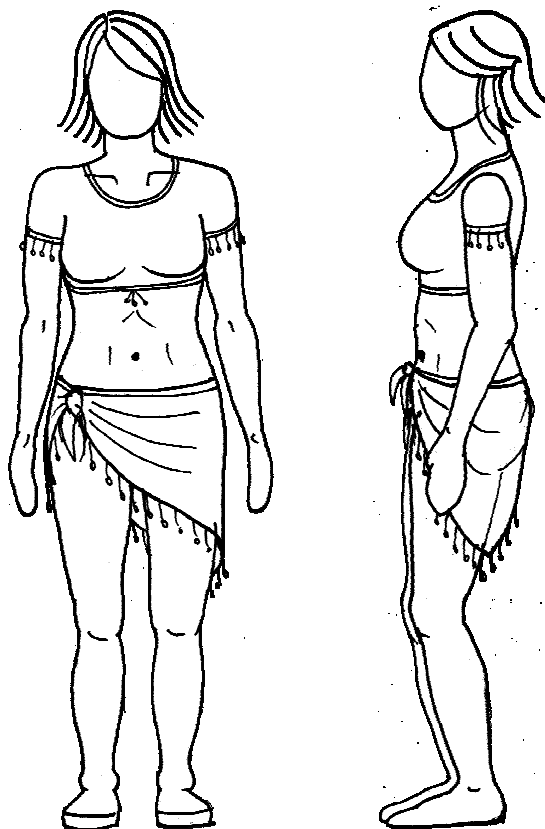
II.



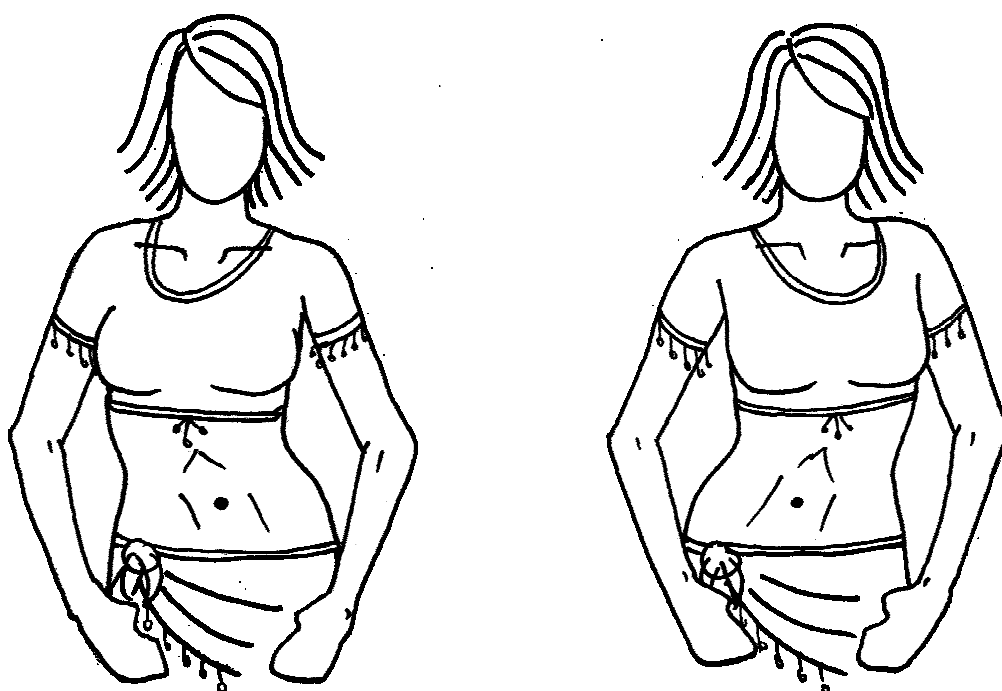
Postava 4. 2 (Klára)

PŘÍLOHA 6. – TANEČNÍ PRVKY

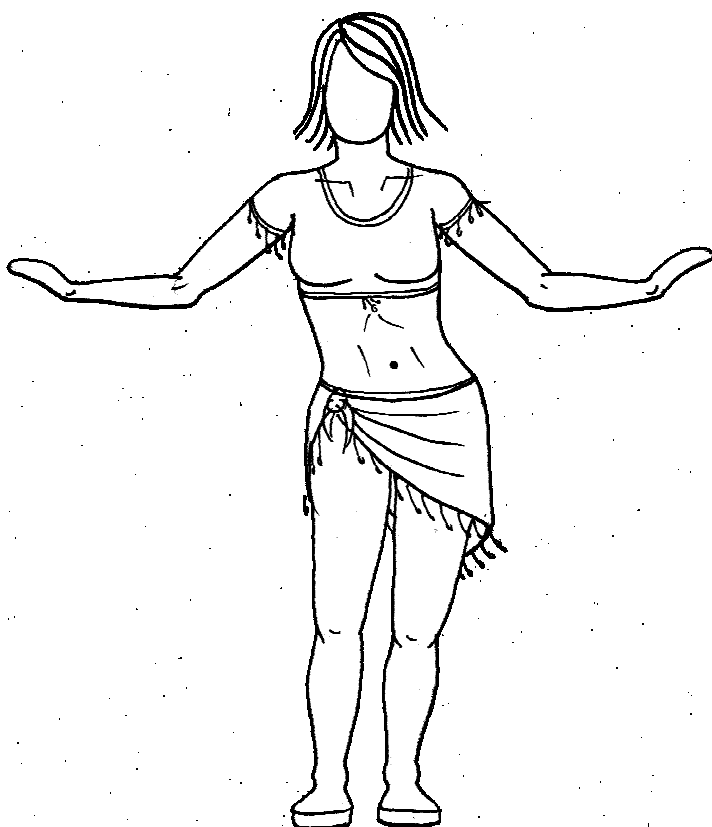
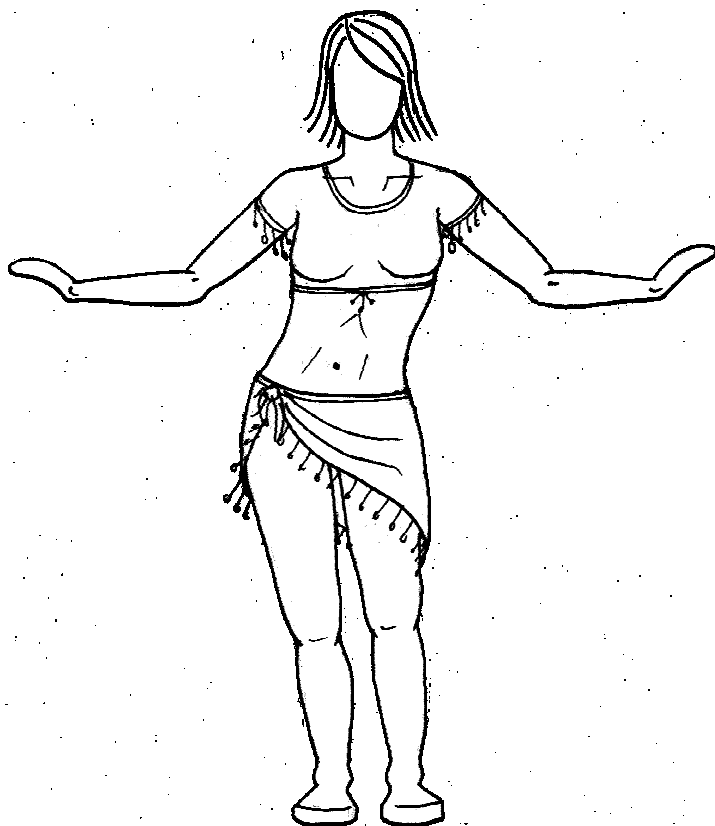
a) Základní postoj



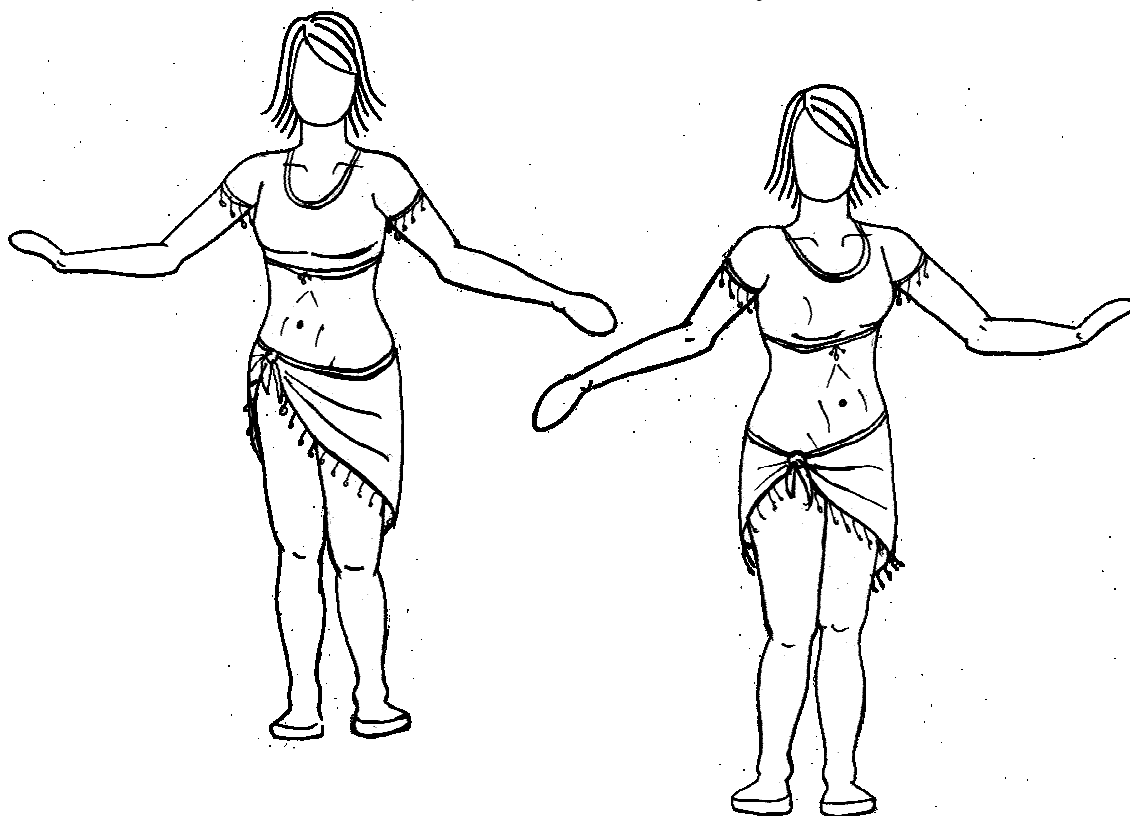
b) akcenty hrudníkem do stran



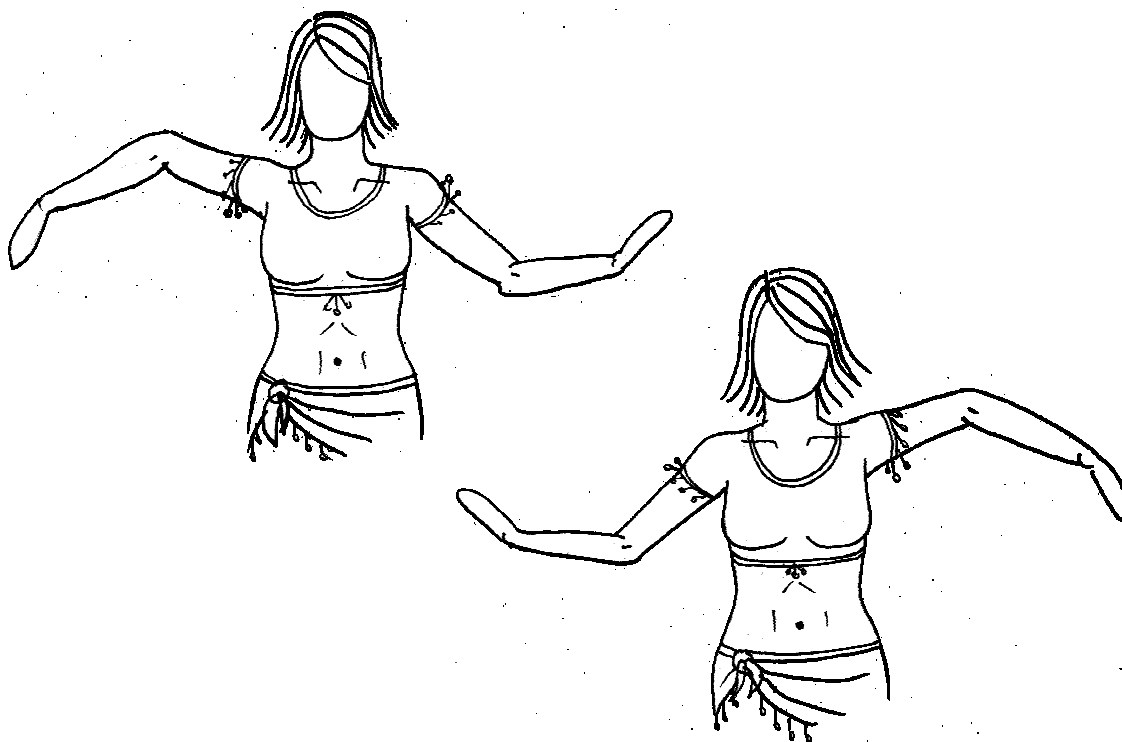
c) malý kroužek pánví



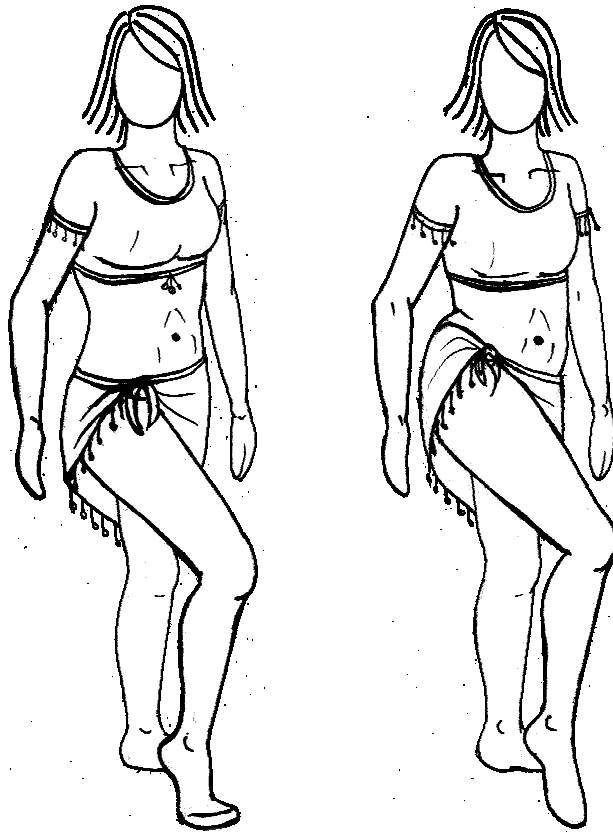
d) horizontální osmička boky



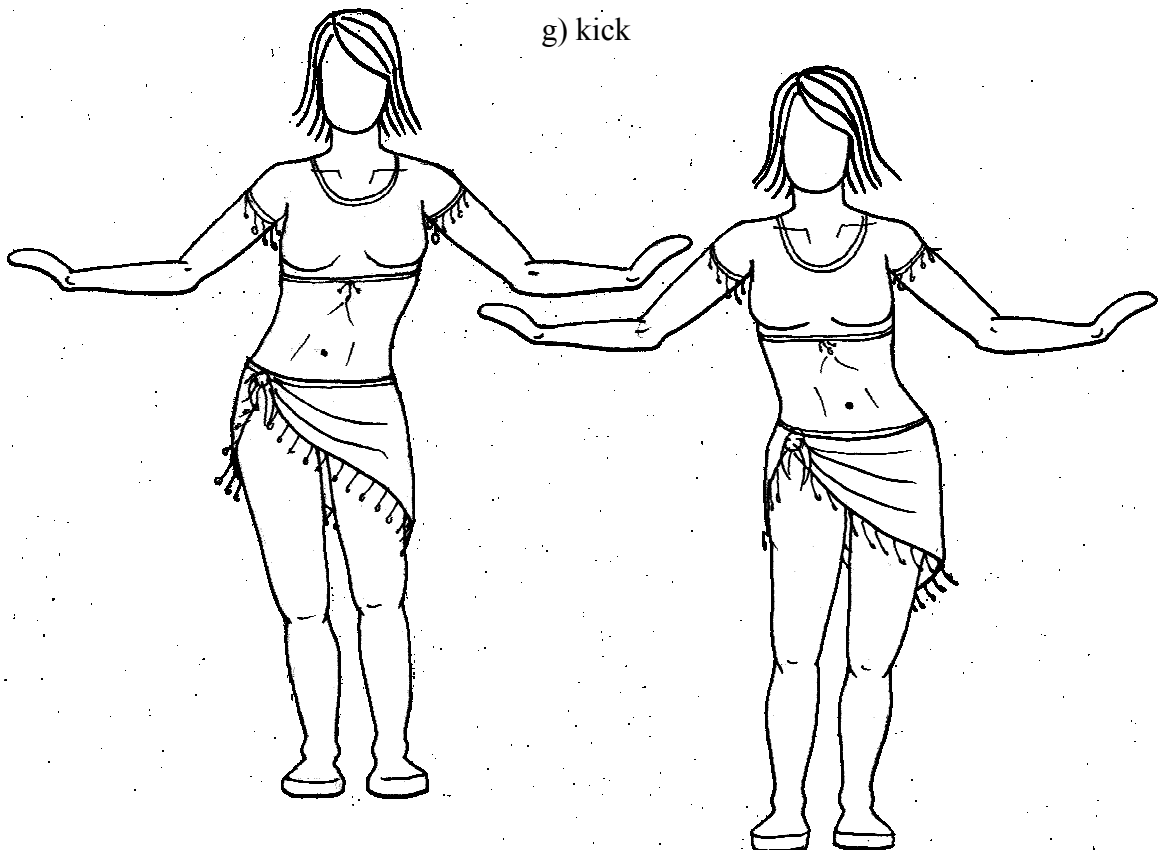
e) hadí ruce



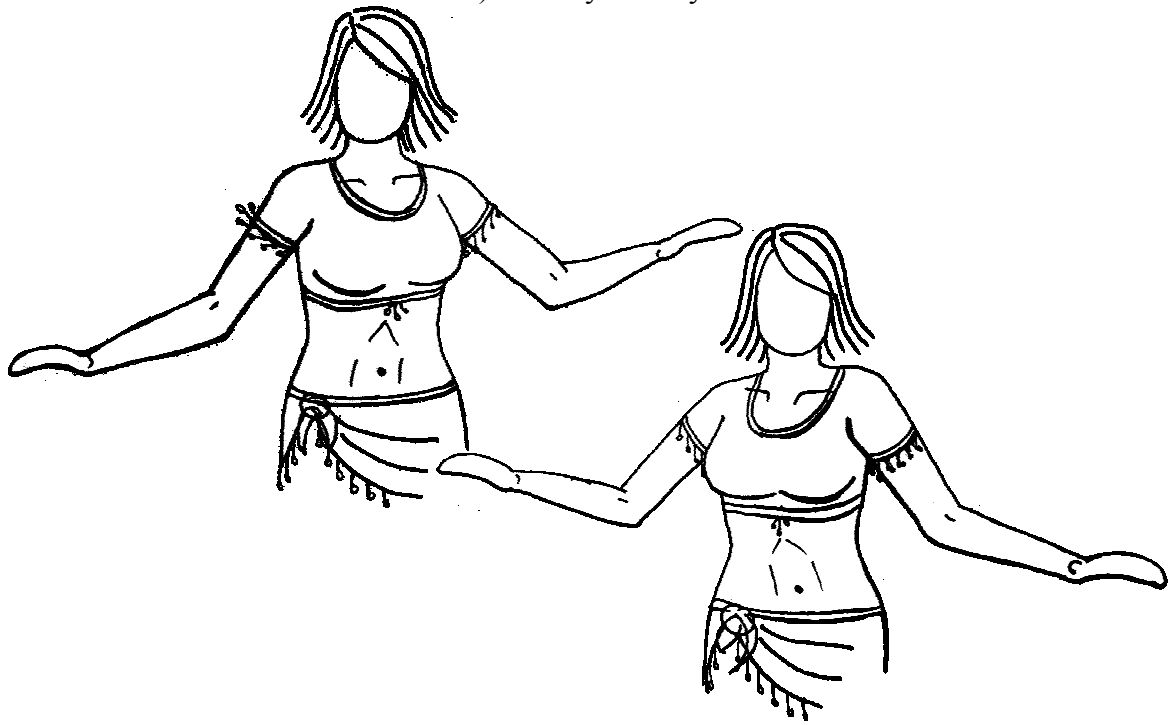
f) hip



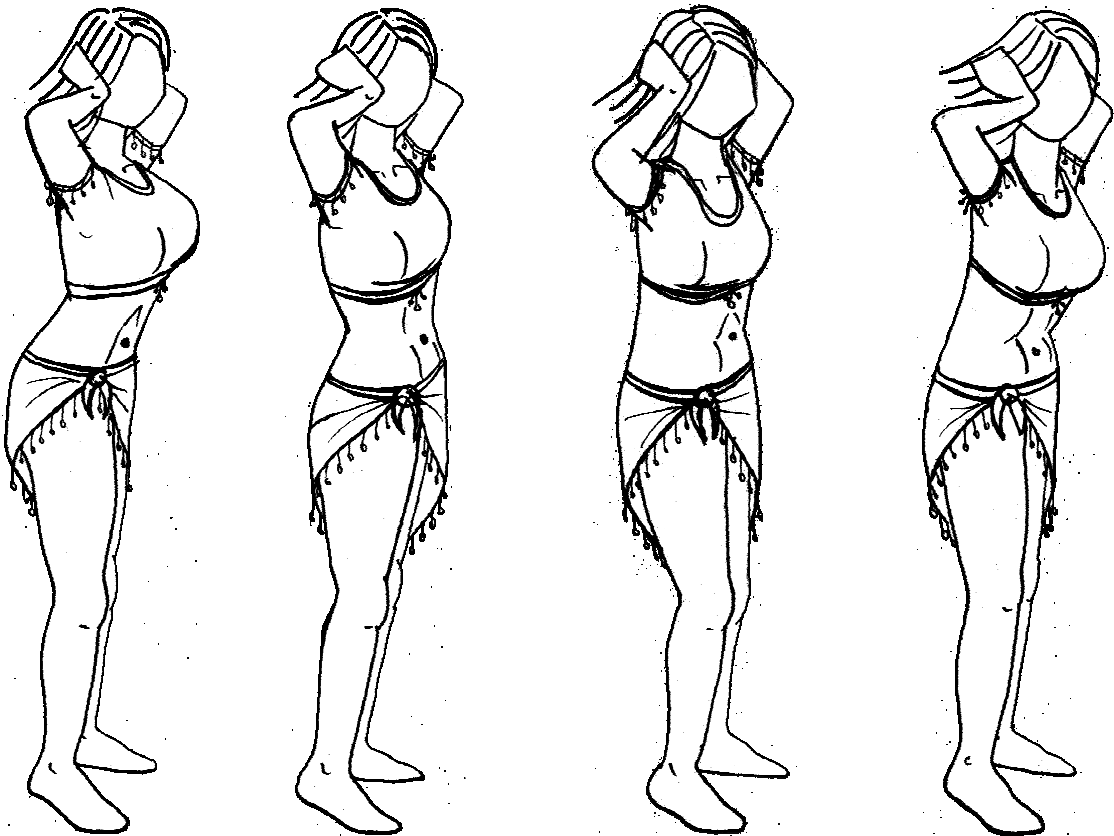
g) kick



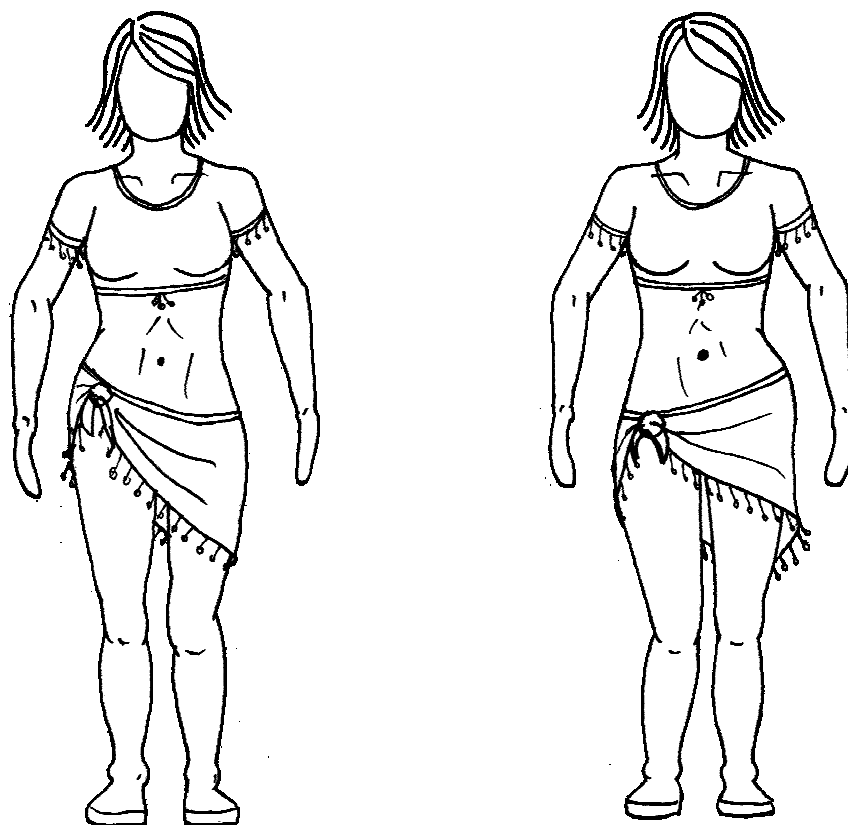
h) shimmy ramený



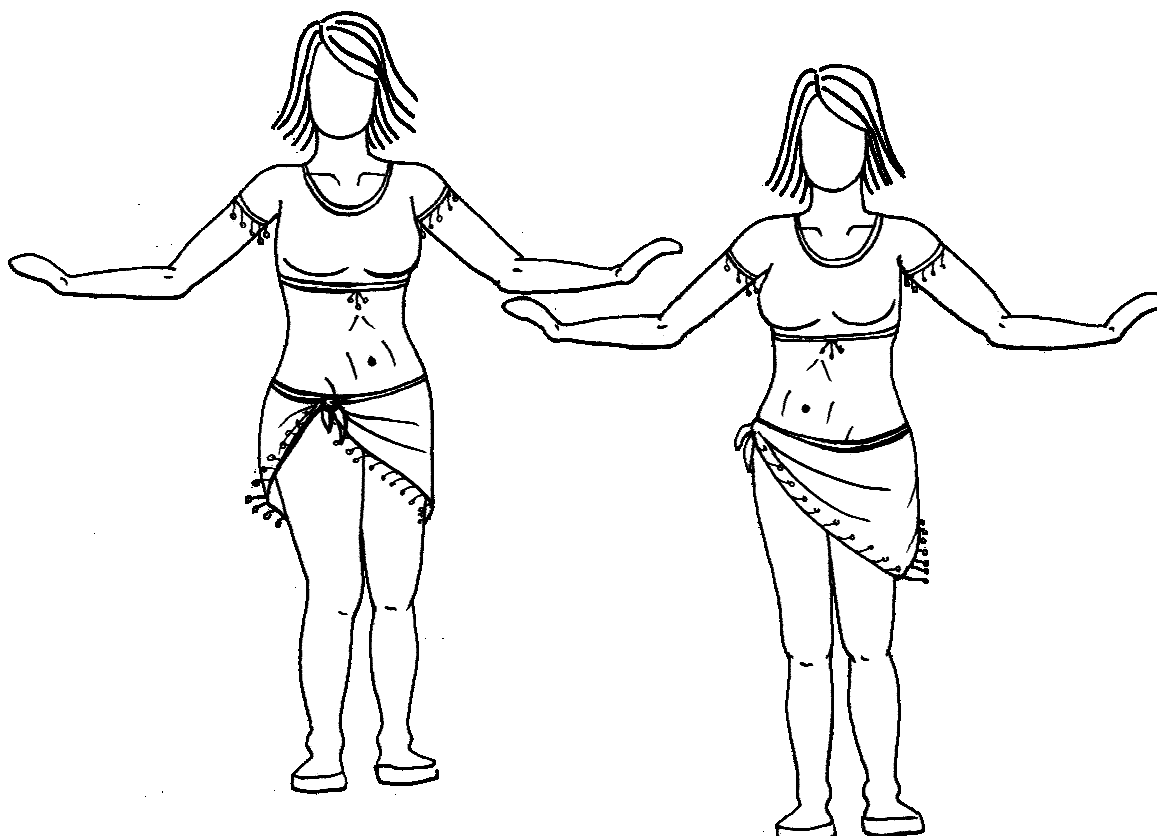
ch) velbloud



i) spodní shimmy boky



j) twist



PŘÍLOHA 7. - ZÁVĚREČNÝ ROZHOVOR

- O čem si myslíš, že břišní tanec je?
- Co může ženě přinášet?
- Co konkrétně přinesl tobě?
- **Jaké pocity (emoce) jsi během tance prožívala?** Byl to spíš příjemný nebo nepříjemný pocit? Například: radost, pocit, že jsi krásná, ženskost, nejistota, stud, strach, ladnost, smutek, nervozita, vztek, uvolnění, úzkost, napětí ...
- **pocity při:**
 - třasy a akcenty, např. shimmy, twist, hipy, kicky
 - pomalé vlnivé pohyby, např. osmičky boky, kroužky boky nebo hrudníkem
 - improvizace
- **Cítila jsi třeba něco, co běžně nezažíváš? A při čem?**
- **Jak ses cítila po tělesné stránce (pocity v těle, na těle) během tance?** Např.: energie, síla, uvolnění, třes, bolest, hnus, slast, napětí, únava, lehkost ...
- **Konkrétně při:**
 - třasy a akcenty, např. shimmy, twist, hipy, kicky
 - pomalé vlnivé pohyby, např. osmičky boky, kroužky boky nebo hrudníkem
 - improvizace
- **Je to něco, co znáš? Nebo něco co se ti obvykle nestává?**
 - Máš nějaký oblíbený pohyb, taneční prvek?
 - Jaký prvek byl pro tebe nejtěžší? Proč?
- **Jak by ses popsala při tanci?** (můžeš srovnat začátek a konec)
- **Změnil břišní tanec nějak pohled na tvé tělo? Vnímáš ho stejně jako předtím?**
 - + otázky vyplývající z pozorování konkrétní dívky na hodinách břišního tance

PŘÍLOHA 8. - FOTODOKUMENTACE Z TANEČNÍCH LEKCÍ



Obr. 1 – tělocvična



Obr. 2 – vystoupení na vánoční besídce (Řecký řadový tanec)



Obr. 3 – protažení na začátku lekce



Obr. 4 – nácvik tanečních prvků



Obr. 5 – nácvik tanečních prvků



Obr. 6 – nácvik tanečních prvků



Obr. 7 – improvizace