

Acta Psychologica Tyrnaviensia

21

25. výročie Katedry psychológie FF TU
na obnovenej Trnavskej univerzite (1992-2017)

TRNAVA 2017

ACTA PSYCHOLOGICA TYRNAVIENSIA 21

EDITOR

Doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD.

VYDAVATEĽ A TLAČ

Spolok Slovákov v Poľsku
v spolupráci s Filozofickou fakultou
Trnavskej univerzity v Trnave

Towarzystwo Słowaków w Polsce
ul. św. Filipa 7, 31-150 Kraków
zg@tsp.org.pl, www.tsp.org.pl

Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
+421 33 5939303
katpsych@truni.sk, fff.truni.sk

© Towarzystwo Słowaków w Polsce, 2017

© Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2017

ISBN 978-83-8111-026-6

Možnosti pohybovej terapie s tanečnými prvkami pri zúskostňujúcom sebaobrazu u obetí násilia s posttraumatickou stresovou poruchou

I V E T A S C H U S T E R O V Á

Katedra psychológie FFTU v Trnave, Poradňa PON Trnava

Anotácia · Príspevok oboznamuje čitateľa s teoretickými a praktickými poznatkami o posttraumatickej stresovej poruche (PTSP) a depresii u obetí násilia, ktoré vyúsťujú do detailného popisu sprievodných symptómov, ako aj zaužívaných liečebných postupov. Osobitne sa fokusuje na detekovanie pohybu u obetí násilia prostredníctvom Labanovej analýzy pohybu, ktorej cieľom je vytvoriť individuálny pohybový profil klienta cez štyri základné komponenty, ktoré sú východiskom pre teóriu embodimentu-stelesnenia, z ktorej vychádza tanečno-pohybová terapia. Autorka v práci sleduje 76 členný súbor, rozdelený na dve skupiny – absolvujúcich a neabsolvujúcich pohybovú terapiu s tanečnými prvkami v súvislosti so sebahodnotením, meraným Rosenbergerovou škálou sebahodnotenia. T test potvrdil štatistický významný rozdiel v sebahodnotení v prospech obetí násilia, ktoré absolvovali tanečno-pohybovú terapiu. V diskusii sa autorka zamýšľa nad príčinami a mechanizmami, ktoré smerujú k poznaniu, že tanečno-pohybová terapia predstavuje jednu z ciest vedúcich k zvýšeniu sebavedomia, podpore sebavyjadrenia a zmierneniu traumatických a depresívnych symptómov nevedomelou neverbálnou produkciou významov charakteristickou pre expresívne terapie.

Kľúčové slová · násilie, obeť, posttraumatická stresová porucha, depresia, tanečno-pohybová terapia

Násilie sprevádza dejiny človeka od jeho počiatku až podnes. Napriek úžasnému rozvoju, ktorým človek prešiel tu tento negatívny spoločenský jav zostáva a nadobúda čoraz sofistikovanejšiu podobu. Preto je veľmi potrebná efektívna pomoc obetiam násilia, spočívajúca v ochrane a terapeutickom pomoci, ktorá sa nedá realizovať bez adekvátnej profesionálnej prípravy terapeutov a tiež zmeny zakorenenej-lahostajnej postojov spoločnosti k násiliu všetkého druhu (porovnaj Schusterová, 2010).

Vo všeobecnosti pod násilím rozumieme každú formu ubližovania, prejavu nadvlády, zneužívania moci, vyhrážania, fyzického, sexuálneho

a psychického nátlaku. Možno ho teda definovať ako porušenie telesnej integrity alebo fyzické poškodenie ľudského organizmu, alebo ako použitie sily pri prekonávaní prekážok resp. odporu inej osoby. V tejto súvislosti vnímame obeť násilia ako fyzickú osobu, ktorá utrpela ujmu vrátane fyzického a psychického poškodenia, emocionálneho utrpenia, ekonomickej straty, alebo závažného porušenia jej základných práv z dôvodu konania alebo nekonania priamo, ktoré je porušením vnútroštátnych trestných zákonov alebo medzinárodne uznaných noriem vzťahujúcich sa na ľudské práva.

Pri dlhotrvajúcom násilí, alebo po akútnom násilnom incidente sa u obetí násilia často stretne s ohrozením komplexného duševného zdravia – posttraumatickou stresovou poruchou (ďalej PTSP). Trauma predstavuje emocionálnu reakciu na udalosť, ako je nehoda, tragédia späť s ohrozením života, znásilnenie alebo prírodná katastrofa. Hneď po tejto udalosti sú typické reakcie ako šok či popieranie. Medzi dlhodobejšie reakcie sa radia nepredvídateľné emócie, flashbacky, napäté vzťahy alebo aj fyzické symptómy ako bolesti hlavy či zvracanie. Obete násilia existujú v prostredí, ktoré vykazuje takmer zhodné charakteristiky s rizikovými faktormi pre vznik posttraumatickej stresovej poruchy. Sú to: (a) traumatická situácia sa stala náhle, často nečakane (b) trvala, alebo trvá dlhší čas (c) jednotlivec nemá dostatočne dlhý čas na zotavenie sa (d) situácia predstavovala možnosť fyzického zranenia (e) ak nastalo nešťastie v nešťastí, teda došlo ku kombinácii traumatických udalostí (f) v prípade, že trauma sa udiala v období, keď ešte psychika jednotlivca nebola plne integrovaná (porovnaj Shiraldi, 2009). Naši traumatológovia Hašto a Vojtová (2012) pridávajú ďalšie faktory ako je subjektívny pocit straty kontroly nad situáciou, ďalej anticipáciu zlých dôsledkov pre vlastné zdravie a budúcnosť, intenzita a trvanie udalosti a mnohé ďalšie.

Posttraumatická stresová porucha je silným zásahom do života s potenciálom negatívne ovplyvniť každú oblasť života človeka. Veľmi často sa u obetí násilia vyskytuje spolu s inými psychiatrickými diagnózami ako je napríklad často aj depresívna porucha. Pre vzťah medzi depresiou a posttraumatickou stresovou poruchou platí, že na jednej strane je možné, aby posttraumatická stresová porucha vyústila do depresie, na druhej strane môžu existovať ako komorbidné diagnózy. Depresia sa prejavuje ako syndróm so špecifickými symptómami v oblasti nálady, myslenia, psychomotoriky a mimiky. Depresia je charakteristická skupinou viacerých symptómov. Mnohí autori pokladajú za hlavné príčiny depresie rôzne symptómy. Podobne aj pri traume sa stretávame z bohatou symptomatológiou, ktorá akoby umocňovala vybranú symptomatológiu depresie. Toto prepojenie je dané aj tým, že obeť násilia napr. týraná žena, sa na jednej strane musí znovu integrovať

do okolitej spoločnosti - komunity a na strane druhej musí nájsť vnútornú akceptáciu toho, čo zažila, čoho sa stala obeťou, či svedkom alebo aktérom. Preto sme sa pokúsili spolu s poslucháčkou psychológie na II. stupni štúdia FFTU P. Mičudovou v rámci konzultácií zosumarizovať symptómy depresie spolu so symptómami dôsledku traumatickej reakcie od viacerých autorov (Hautzinger, 1998; Heretík, a kol., 2003; Helmreich a kol., 2011; Orel a kol., 2012; Tress, Wöller, Kruse, 2004; Praško, Prašková, Prašková, 2008) ako aj klientiek, ktoré navštívili Poradňu PON Trnava do tabuľky č.1.

Tab. č.1 Symptómy vyskytujúce sa pri depresii v dôsledku traumatickej reakcie

Konanie	Zníženie aktivity, stereotypizácia, neschopnosť vykonávať každodenné praktické činnosti, stiahnutie sa z činnosti, strata energie pre čokoľvek, rezignácia spojená zo sebaobviňovaním
Motorika	Obmedzený pohybový prejav, problém s držaním tela, zhrbenosť, ochabnutosť, stuhnutosť, vysilenosť, nové motorické ťažkosti, nedostatočná flexibilita, nepokoj, nervózne prejavy, trenie dlaní, agitovanosť, celkový psychomotorický útlm.
Výraz tváre	Strnulá a napätá mimika, ustarostenosť a smútok v tvári, stiahnutie či skrivenie kútikov úst, zvýraznené vrásky, chorobná nehybnosť
Reč	Monotónnosť v prejave, tichý, pomalý prejav.
Emócie	Pocit bezmocnosti, viny, stiesnenosti, zúfalstva, straty, prázdnoty, samoty, nenávisť, obavy, smútok, beznádej, ustarostenosť, odmeranosť, úzkosť, strach, zúfalstvo, neschopnosť radovať sa, tešiť sa, hnevať sa, precíťovať lásku, citová tuposť, odpojenosť od pocitov, emočná plochosť, citový chlad, podráždenosť, plačlivosť, sentimentalizmus, zmena nálad počas dňa.
Fyziologicko-vegetatívne	Meteosenzitívnosť, vnútorné napätie, nervozita, celková slabosť a únava, menšia chuť do jedla, strata hmotnosti, menšie libido, vegetatívne ťažkosti ako sú tráviace a žalúdočné ťažkosti, nadmerné grganie, somatické symptómy - tlak v hlave, na hrudi, bolesť chrbta, nadbruška či tváre, poruchy spánku, kolísanie krvného tlaku a železa, cukru v krvi, nedostatok kalcia, nadmernosť/nedostatočnosť adrenalínu a serotonínu.

Kognitívne a imagi-natívne	Odpor k sebe, k svojim schopnostiam a k okoliu, negatívne videnie budúcnosti, strata sebadôvery, pesimizmus, prílišná sebakritika, neistota, hypochondrické stavy, ochudobnenie myšlienok, hlbavosť, poruchy pozornosti, koncentrácie, pamäti, bludné predstavy (ruminačné, katastrofálne, insuficienčné), rigidné požiadavky, pocit bezvýznamnosti vlastného života, myšlienky na suicídium, chýbajúci zmysel pre humor.
Motivačné	Strata záujmu o aktivitu, sociálna vyhýbavosť, nerozhodnosť, poruchy vôle, očakávanie neúspechu, strata iniciatívniosti, nekontrolovanosť, neschopnosť prevziať zodpovednosť, neschopnosť upokojenia, bezútešnosť, preťaženosť, závislosť na druhých, ranný pesimizmus, časté myšlienky na smrť, strata zmyslu života.

Osobitne v tomto príspevku chceme upozorniť na telesnú a pohybovú charakteristiku u obeť násilia prostredníctvom „písma“, ktorým je možné pozorovať, opísať, zaznamenať, interpretovať a analyzovať ľudský pohyb, ktoré sa podľa jeho autora Rudolfa von Labana nazýva Labanova analýza pohybov. Na základe analýzy tak možno podľa R. Labana vytvoriť individuálny pohybový profil klienta – obeť násilia a zachytiť expresívnu rovinu pohybu. Pri posúdení pohybu sa berú do úvahy rôzne determinatívne faktory, ako motorická úroveň jednotlivca, stupeň pohybového vývoja, dorozumievací štýl, schopnosť učenia sa a podobne (Zedková, 2012). Jej hlavným cieľom je zlepšiť povedomie o sebe, efektívnosť a jednoduchosť pohybu, zlepšenie komunikácie a vyjadrovania. Hlavný zámer spočíva v hľadaní a uvedomení si vzájomnej prepojenosti medzi vnútorným prežívaním, myslením a konaním (Zhao, Badler, 2001) prostredníctvom pohybového vyjadrenia. Aplikácia poznatkov je možná do rôznych oblastí, napríklad do tanečnej analýzy, na zvyšovanie výkonu, v herectve, v psychológii, v rehabilitácii a podobne (Longstaff, 2007). Pracuje so štyrmi komponentmi, ktoré slúžia na detekciu pohybu. Vyjadrujú sa veľkým začiatočným písmenom, pretože sú pomenovaním určitej kvality pohybu TELO – DYNAMIKA – PRIESTOR – TVAR.

TELO - ide o zaznamenávanie telesných a štrukturálnych charakteristík pohybujúceho sa tela. Zahŕňa základné reflexy, koordináciu medzi časťami tela, kinematické reťazce, koordinačné štruktúry a ich prepojenie (Longstaff, 2007). Veľkým obohatením tejto kategórie bol systém základných princípov pohybu podľa Bartenieff – Bartenieff Fundamentals (pozri Bartenieff, Lewis, 2013). Je to nástroj na pochopenie celkovej telesnej konektivity v spojitosti s vývojovými a neuromuskulárnymi vzorcami (Longstaff, 2007). Terapeut

sleduje v tejto kategórii celkový dojem z tela. V tejto kategórii si všímame kvality pohybu, ktoré sú charakteristickým ukazovateľom určitých stavov. U obetí násilia s diagnostikovanou postraumatickou stresovou poruchou si môžeme všimnúť: absenciu určitých častí tela v pohybe, sklesnuté ochabnuté držanie tela, znížený svalový tonus, skráteneý dych, krátke pohybové frázy bez páúz.

DYNAMIKA – zameriava sa na motivačnú a pocitovú úroveň pohybujúceho sa. Zjednodušene môžeme povedať, že ide o vyjadrenie sily a intenzity pohybového prejavu (Bloom, 2006). Táto kategória v sebe zahŕňa ďalšie štyri faktory: *Priestor, Váha, Plynutie, Čas*. Každá z týchto faktorov tvorí súvislosť medzi dvoma protipólmi: *poddávanie sa* alebo *bojovanie* s kvalitou pohybu. Vo vzťahu k týmto protipólom vytvárajú dané faktory rôzne frázy a výrazy pohybu (Zhao, Badler, 2001). U obetí násilia sú typické latergické, pomalé pohyby bez energie, bez zamerania pozornosti voči okoliu, podvolenie sa gravitácii, zdráhavé pohyby bez iniciácie, prílišná kontrolovanosť či neukotvený postoj.

PRIESTOR - ide o priestor, kinesféru, ktorý priamo vplýva na jednotlivca, vytvára jeho „obal“ zo všeobecného priestoru. Prostredníctvom pohybu v ňom jednotlivec vytvára stopy. Vyjadruje akým spôsobom prebieha interakcia s inými, vzhľadom na povahu interakcie (známy/neznámy jednotlivec). Umožňuje mu tak vytvoriť bezpečnú vzdialenosť v jeho interpersonálnom priestore. Dochádza tu k získaniu určitých priestorových kvalít a vyjadreniu priestorového zámeru (Zedková, 2012). U jednotlivcov s postraumatickou stresovou poruchou absentuje vnem prítomnosti tela, akoby ho ignoroval a teda slaboz prezentoval svoje „JA“.

TVAR - v tejto kategórii si všímame ako na pohybujúce telo vplýva vonkajšie prostredie a na koľko sa vzťahuje k sebe samému. Ide o vnímanie premeny tvaru tela ako celku. Veľmi podrobný popis tejto kategórie ponúka Zhao a Badler (2001). V tejto kategórii upriamujeme pozornosť na:

- 1, *tvar tela ovplyvnený sebou samým* (self ↔ self) – autori ho popisujú ako Telesný módu (Čížková, 2005) alebo Plynutie tvaru (Zedková, 2012). Ide o pohyby, ktoré sa týkajú vlastného tela, zmena tvaru vplyvom zmien v kinesfére, vplyvom dychu, vplyvom percipovaného vnútra a bez vplyvu vonkajšieho prostredia. (Hackney, 2002). Pochopením vlastného fungovania jednotlivec vytvára svalovú integritu, formuje self.
- 2, *Tvar tela ovplyvnený vonkajším prostredím:*
 - A, *Tvarovanie* – procesuálne vytváranie pohybu, ktoré je niečím ovplyvňované. Tu si jednotlivec viac uvedomuje svoju jedinečnosť

a diferencovanosť na jednej strane a spojitosť s okolím na druhej strane. Deficit v tejto oblasti sa prejavuje pri raných poruchách svalového tonusu alebo pri narušených vzťahoch v detstve. Prejavuje sa problémami v neverbalite, v medziludskej interakcii, kedy nie je schopný úspešne používať váhu tela. Je dôležité uvedomiť si limity, ktoré môžu pochádzať z fyzickej, sociálnej a emočnej sféry. Konkrétne môžeme hovoriť o pohyboch ako sú vlnenie, chvenie, ohýbanie, hmýrenie.

B, Priamy pohyb – zameraný pohyb, ktorý smeruje priamo k cieľu. Ide o funkčné vzťahovanie self k okoliu. Súvisí s priamou zameranosťou pohľadu. Dieťa si pomocou týchto pohybov utvrdzuje autonómiu a uvedomuje si svoju schopnosť aktívne zasahovať do prostredia. Ide o pohyby ako je natahovanie sa za predmetmi, pritiahnutie a odtiahnutie predmetov. Sú základom pre vytvorenie fyzického a emočného self. (Longstaff, 2007).

U obetí násilia s posttraumatickou stresovou poruchou v pohybovom vyjadrení absentuje priamy pohyb, tvarovanie a dominuje dotýkanie sa vlastného tela. PTSP znižuje kvalitu života jednotlivca a preto je nutné venovať jej liečbe zvýšenú pozornosť. Posttraumatická stresová porucha je vo svojej podstate úzkostnou poruchou, ktorá vzniká ako následok silného traumatického zážitku jednotlivca. Preto má množstvo spôsobov liečby podobných z ostatnými úzkostnými poruchami. Medzi najznámejšie podľa T. Tanelianovej a L. H. Jaycoxovej (2008) patria:

1. Kognitívno-behaviorálna terapia napr. procesuálne-kognitívna terapia, expozičná terapia, systematická desenzibilizácia, „tréning očkovania proti stresu“
2. Farmakoterapia: tricyklické antidepresíva, inhibítory monoaminoxidázy, inhibítory spätného selektívneho vychytávania serotonínu, benzodiazepíny
3. Psychologický debriefing
4. Ostatné liečby: znečlivenie a prepracovanie očných pohybov, obrazová skúška, psychodynamická terapia, skupinová terapia, manželská terapia, arteterapia, pohybovo-tanečná terapia, hospitalizácia a ďalšie.

Z množstva liečebných postupov má každý svoje výhody a nevýhody. Psychologické liečby sa však preukázali ako efektívnejšie pri celkovej redukcii symptómov a tiež podľa Van Ettenovej a Taylora (1998) klienti z nich neodchádzajú v priebehu liečby tak často ako je to napr. pri farmakologickej liečbe.

Medzi efektívne terapie využívajúce sa na zníženie depresívnych symptómov posttraumatickej stresovej poruchy patrí doplnkovo aj terapia pohybom a tancem, ktoré sú založené na teórii *embodimentu* – stelesnenia. Je to prístup, ktorý spája umenie, terapiu a kognitívne vedy. Podľa tejto teórie existuje prepojenie medzi motorickým a kognitívno-afektívnym systémom. Zmeny prostredníctvom pochopenia vlastného tela, môžu prispieť k zmenám kognitívneho a nervového systému. Tieto systémy sa podieľajú na formovaní postojov, vnímania, myslenia, regulácie správania a emócií. Duša a telo – akcia a vnímanie, pracujú ako jednota, celok (Koch, Fuchs, 2011). Terapie zamerané na telo predpokladajú, že telo je zdrojom psychobiologickej histórie a aktuálneho spôsobu života človeka.

Pohybová terapia ťaží z bezpečného spojenectva medzi tanečným terapeutom a klientom v rámci ktorého sa kladie dôraz na pochopenie, objasnenie, zviditeľnenie dynamiky ako aj vnútorných a vonkajších prejavov symptomatológie posttraumatickej stresovej poruchy, obzvlášť depresie (Busch, Rudden, Shapiro, 2004). Tieto fázy môžu byť naplnené prostredníctvom verbálnych a neverbálnych aktivít v tanečnej alebo pohybovej terapii. Payne a Stott (2010) vo svojej štúdii poukazujú na potrebnú kombináciu verbálnych a neverbálnych terapeutických prístupov, ktoré majú vo veľa ohľadoch veľmi pozitívny ohlas. Zvýšená aktivita, wellbeing a zlepšenie zvládacích stratégií, vedie k zníženiu depresívnych a úzkostných stavov.

Autentický pohyb v pohybovej terapii je cesta k slobodnému, spontánnemu a voľnému vyjadreniu vnútorných impulzov. Prostredníctvom Autentického pohybu pôsobíme na sebavedomie jednotlivca, na zníženie úzkosti a pocitu nedostatočnosti. Je nutné vzdať sa kontroly nad svojím telom, zraniteľnosti a cez silný emocionálny zážitok nájsť cestu k svojmu vnútru. Je to cesta k sebaobjavovaniu, vypusteniu emócií, katarzie, transformácii a zmene, prostredníctvom aktívnej imaginácie (Mason, 2009). Na to, aby sa nevedomý materiál stal vedomým, je dôležitý proces verbalizácie – pomenovania, objasnenia a pochopenia zažitej skúsenosti. Dôležitú úlohu tu zohráva prístup terapeuta, ktorý môže tento proces znásobiť zrkadlením vyjadrených pocitov a pohybov klienta (Pallaro, 2007). Taktiež sa na tomto procese môže podieľať i menšia skupina, ktorá týmto spôsobom zdieľa pocity medzi sebou. Skupinový proces vytvárania autentického pohybu dáva pohybujúcemu sa pocit jednoty.

V rámci diapazónu praktických aktivít riešenia problému násilia a podpory obetí v mimovládnych organizáciách a inštitúciách sme v Poradni Pomoc obetiam násilia Trnava, Trhová 2 zrealizovali pohybovú skupinovú terapiu s tanečnými prvkami, ktorej sa zúčastnila vzorka 29 žien, ktorým bola

diagnostikovaná posttraumatická stresová porucha, ktorú sme porovnávali so skupinou 46 žien s rovnakou diagnózou, ktorá sa terapie nezúčastnila.

1 Výskumný cieľ

Postavili sme si otázku - Či sa budú líšiť v sebahodnotení klientky so symptómami posttraumatickej stresovej poruchy (bez farmakologickej liečby), ktoré sa 2-krát týždenne (3 mesiace) venujú plánovanej pohybovej aktivite – tanečnej terapii oproti klientkám, ktoré takúto ani inú terapiu nerealizujú?

1.1 Postup a metóda výskumu

Účastníci po dobrovoľnom súhlase s výskumom vyplnili testovú batériu v tlačenej podobe, typu ceruzka – papier. Ako prvé boli v batérii zaradené vstupné otázky, ktoré slúžili na zistenie demografických údajov a následne otázky, ktoré zisťovali pravidelnosť cvičenia. Súčasťou batérie bola Rosenbergerova škála sebahodnotenia (Rosenberg, 1956). Je to škála na meranie globálneho sebahodnotenia. Pod globálnym sebahodnotením sa chápe globálny a relatívne stály postoj k sebe samému. Škála obsahuje 10 položiek, deklaratívnych viet, ku ktorým sa osoba vyjadruje vzhľadom na jej súhlas či nesúhlas na Likertovej stupnici od 1 (vôbec nesúhlasím) po 4 (úplne súhlasím). Päť položiek je v rámci škály formulovaných pozitívne (napr. „Myslím si, že mám veľa dobrých vlastností“) a päť negatívne (napr. „Chcel by som si sám seba viac vážiť“). Negatívne položky sa pri vyhodnocovaní rekodujú, čiže vysoké skóre v dotazníku naznačuje vysoké sebahodnotenie a nízke skóre zas nízke sebahodnotenie.

1.2 Výskumný súbor

Vo výskume sme sa zamerali na obeť násillia s diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchou. Súbor tvorilo 75 žien, vo veku 28 až 49 rokov (AM = 34, 7) z toho 29 absolvovalo minimálne 1 až 2 - krát týždenne po dobu 3 mesiacov pohybovú skupinovú terapiu a 46 žien, ktoré nenavštevovali tanečnú-pohybovú skupinovú terapiu.

2 Výsledky

Tab. 2 Porovnanie klientov s pohybovou aktivitou a bez aktivity v sebahodnotení

Skupina klientov	n	Priemer	t	Sig.
aktívna	29	84,4	3,04	0,004
pasívna	46	76,3		

Použitie t-testu v tabuľke č.2 nám potvrdilo štatisticky signifikantný rozdiel medzi sledovanými skupinami, z čoho môžeme usudzovať, že klientky, ktoré sa aktívne zapojili do pohybovej terapie s tanečnými prvkami pod vedením skúseného tanečného terapeuta sa v dosiahnutom vyššom skóre v sebahodnotení líšia od klientiek, ktoré sa terapie pohybom nezúčastnili.

3 Diskusia

Získaný výsledok možno zhodnotiť trojakým spôsobom. Jedným z možných vysvetlení je, že akákoľvek pravidelná pohybová aktivita, vykonávaná ako fyzické cvičenie súvisí so subjektívnym well-beingom a celkovým zdravím. Podobne Salmon (2001) podporuje toto tvrdenie keď zdôrazňuje, že pohyb a cvičenie pomáha k vytvoreniu odolnosti voči stresu. Podľa Smitha (2007) je možné zmenou nefunkčných, navyknutých alebo kontraproduktívnych stereotypov v pohybe, docieľiť zmenu v psychike človeka. Zaujímavá štúdia dokázala priamu súvislosť medzi držaním tela, neuroendokrinnými zmenami a zmenami v správaní. Dominantný postoj sa spájal s vyššou produkciou testosterónu, znížením hladiny kortizolu, zvýšenými pocitmi sily, energie a tolerancie k riziku u študentov s depresiou (Carney, Cuddy, Yap, 2010). Blumenthal a kol.(1999) dokonca tvrdí, že telesná aktivita je pre liečbu depresívnych symptómov u starších ľudí porovnateľná s účinnosťou pri liečbe antidepresívami.

Ďalším vysvetlením môže byť, že pohybová terapia môže cez zážitok voľnosti, autenticosti, slobody, nádeje a kompetentnosti sprostredkovať dôležitý posun od intruzívnych ruminácií k zámerným, potvrdzujúcim identitu klienta, čím ho otvára novej realite potrebnej k riešeniu problému resp. k nájdeniu chýbajúceho zmyslu života. Payne a Crane-Godreau (2013) dokázali, že pohybové cvičenia pozitívne ovplyvňujú depresívne a úzkostné stavy. Zmeny depresívnej epizódy pod vplyvom pohybu boli zaznamenané na fyziologickej, biochemickej, behaviorálnej aj kognitívnej úrovni (Simons, 1985).

V konečnom dôsledku nemožno zabudnúť na vplyv skupiny, konkrétne na skupinovú kohéziu, ktorá pôsobí mechanizmom vyššej sociálnej opory po odhalení bolestivej traumy. Podľa Hobanovej (2000) spočíva pomoc ľuďom, ktorí sa cítia pasívni, depresívni a bez motivácie, v zapojení sa do radostnej, stimulujúcej a zmysluplnej interakcie s členmi skupiny. Autorka hovorí, že je to cesta k zvýšeniu sebavedomia, podpore sebaujadrenia a zmierneniu depresie. Priaznivé výsledky boli pozorované taktiež pri rozvoji empatie (Behrends a kol., 2012), rozvoji spontánnosti, sebaaprijatia, schopnosti intímneho kontaktu (Alperson, Marrill, 1980), rozvoja slobody a iniciatívy (Lešková-Stehlíková, 2012).

Výskum cielený na mladšiu vekovú skupinu dokázal, že po dobu dvanástich týždňov podstúpenia tanečno-pohybovej terapie došlo u úzkostne depresívnych adolescentov k zlepšeniu hladín serotonínu a dopamínu, a taktiež došlo k zníženiu nepriaznivých psychických príznakov ako bola somatizácia, interpersonálna citlivosť, úzkosť, obsedantná-kompulzivita, depresia, hostilita, panické paranoidné myšlienky, nepriateľskosť a psychotizmus (Jeong a kol., 2004).

Pohyb vykonávaný vo väčšej skupine ľudí ako aj zapojenie sa pri fyzickom cvičení do kolektívu preukazateľne zvyšuje sebahodnotenie jednotlivcov (Biddle, Ekkekakis, 2005). Podľa Rosenberga, Schoolera a Schoenbacha (1989) sebahodnotenie súvisí aj s následným porovnávaním telesných dispozícií a kondície s ľuďmi, ktorí sa fyzickému cvičeniu nevenujú a pri ktorom ľudia vykonávajúci nejaký druh pohybu pravidelne dosahujú v danej oblasti lepšie výsledky. Následne na základe týchto výsledkov vyvodzujú závery o svojej hodnote.

Skupinová pohybová terapia s tanečnými prvkami ťaží zo skupinovej dynamiky. Zúčastnenému členovi ponúka pocit kohézie, povzbudzovanie a podporu od ostatných členov skupiny. K problémom klientov sa tu pristupuje nepriamo. Foy a kol.(2000) tvrdia, že skupinová pohybovo-tanečná terapia sa na základe nedávnych štúdií preukázala ako potenciálne efektívna pri liečbe posttraumatickej stresovej poruchy. Nemožno však opomenúť fakt, že terapie na liečbu posttraumatickej stresovej poruchy sú mimoriadne náročné na profesionálne zručnosti odborníkov. Poznáme veľké množstvo liečebných postupov a každý z nich má svoje výhody i nevýhody. Nájdeme prívržencov behaviorálnej terapie a EMDR, ale aj horlivých zástancov kognitívno-behaviorálnej terapie za súčinnosti farmakoterapie, či prívržencov logoterapie a noo-logoterapie reagujúcej na narastajúci súčasný tlak praktického materializmu na špecificky ľudské existenciálno-antropologické konštanty (pozri bližšie Mráz, 2010). Je teda otázne, nakoľko musí byť trénovaný

a vzdelaný terapeut aj človekom s veľkým „Č“ aby mohol naozaj efektívne poskytnúť pomoc. Aj Tanelianová a Jaycoxová (2008) poukazujú na fakt, že pre liečbu symptómov PTSP síce existuje veľké množstvo terapií, no je len málo postupov, ktoré by zabráňovali rozvinutiu týchto symptómov. Máme za to, že zrelý terapeut prostredníctvom tanečnej pohybovej terapie dokáže vytvoriť bezpečné podmienky, v ktorých je obeť násilia schopná nájsť svoju životnú štruktúru a nadobudnúť odvahu neverbálne prejavíť svoje emócie prijateľným spôsobom, ktoré zabránia rozvinutiu chronickej posttraumatickej poruchy. Dôležitá je tu sociálna opora ako od terapeuta, tak i od skupiny, ktorá napomáha k určeniu bezpečných hraníc jednotlivca ako aj k vnímaniu hraníc ostatných ľudí. Zároveň je to aj spôsob ako sa zamerať na prítomnosť a na zlepšenie aktuálneho stavu pomocou modifikácie motorickej činnosti – pohybovej skúsenosti, ktorá vyvoláva zmeny, ktoré nastávajú v mozgu. Vzájomná prepojenosť medzi mysľou, telom a emóciami je základným terapeutickým prostriedkom umelecky orientovaných terapií. Ide tu o zrkadlenie, ktoré odráža vnútro klienta, ktorý si to často krát ani neuvedomuje, pretože pomocou expresívnych terapií dochádza podľa Slavíka (2000) k „neuvedomelej produkcii významov“ na rozdiel od verbálnej, kedy sú informácie zdieľané vedome a zámerne.

L I T E R A T Ú R A

- ALPERSON, E. D. – MERRILL, N. (1980). Growth Effects of Experiential Movement Psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, vol.17, no. 1, pp. 63-68. ISSN 0033-3204.
- BARTENIEFF, I. – LEWIS, D. (2013). Body Movement: Coping with the Environment. Great Britain : Routledge, 304 p. ISBN 0-677-05500-5.
- BEHREND, A. – MÜLLER, S. – DZIOBEK, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. The Arts in Psychotherapy, vol. 39, no. 2, pp.107-116. ISSN 0197-4556.
- BIDDLE, S. – EKKEKAKIS, P. (2005). Physically active lifestyle and well-being. In: F. A. Huppert – N. Bavlis – B. Keveme (Eds.). The science of well-being (pp.141 – 168). New York: Oxford University press, 480 pp. ISBN 978-0-198-56752-3.
- BLOOM, K. (2006). The Embodied Self: Movement and Psychoanalysis. London : Karnac Books, 226 pp. ISBN 9781855753945.
- BLUMENTHAL, J. A. – BABYAK, M. A. – MOORE, K. A. – CRAIGHEAD, W. E. – HERMAN, S. – KHATRI, P. – WAUGH, R. – NAPOLITANO, M. A. – FORMAN, L. M. – APPELBAUM, M. – DORAISWAMY, M. – KRISHNAN, K. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. Archives of Internal Medicine, vol. 158, no. 19, pp. 2369-70. ISSN 0003-9926.
- BUSCH, F. N. – RUDDEN, M. – SHAPIRO, T. (2004). Psychodynamic Treatment of Depression. Washington: American Psychiatric Publishing, 206 p. ISBN 80-88952-32-8.

- CARNEY, D. R. – CUDDY, A. J. C. – YAP, A. J. (2010). Power Posing: Brief Nonverbal Displays Affect Neuroendocrine Levels and Risk Tolerance. *Psychological Science*, vol. 21, no. 10, pp. 1363 – 1368. ISSN 09567976.
- ČÍŽKOVÁ, K. (2005). *Tanečno-pohybová terapie*. Praha: Triton, 120 p. ISBN: 80-7254-547-7.
- ETTEN, M. L. – TAYLOR, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 5, no. 3, pp.135. ISSN 1063–3995.
- FOY, D. W. – GLYNN, S. M. – SCHNURR, P. P. – JANKOWSKI, M. K. – WATTENBERG, M. S. – WEISS, D. S. – MATRMAR, CH. R. – GUSMAN, F. D. (Ed.). – FOA, E. B. – KEANE, T. M. (Ed.). – FRIEDMAN, M. J. (Ed.). (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford press. ISBN 978-1572305847.
- HACKNEY, P. (2002). *Making Connections: Total Body Integration Through Barthelemy Fundamentals*. New York: Routledge, 277 p. ISBN 0-203-27093-2.
- HAŠTO, J. – VOJTOVÁ, H. (2012). *Postraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2944-1.
- HAUTZINGER, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 90 p. ISBN 80-88952-05-0.
- HELMREICH, I. – WAGNER, S. – MERLG, R. – ALLGAIER, A. K. – HAUTZINGER, M. – HENKEL, V. – HEGERL, U. – TADIĆ, A. (2011). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) is more sensitive to changes in depressive symptomatology than the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* vol. 261, pp. 357-367. ISSN 0940-1334.
- HERETÍK, A. – HERETÍK, A. – NOVOTNÝ, V. – PEČEŇÁK, J. – RITOMSKÝ, A. (2003). *EPID. Epidemiológia depresie na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof, 200 p. ISBN 80-968798-3-9.
- HOBAN, S. (2000). *Motion and Emotion: The Dance/Movement Therapy Experience*. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, vol. 49, no. 11, pp. 33-34. ISBN 1061-4753.
- JEONG, Y. – HONG, S. – LEE, M. S. – PARK, M. – KIM, Y. K. – SUH, CH. M. (2004). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, vol. 115, no. 12, pp. 1711-1720. ISSN 1563-5279.
- KOCH, S. – FUCHS, T. (2011). Embodied arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, vol. 38, no. 4, pp. 276-280. ISSN 0197-4556.
- LEŠKOVÁ - STEHLÍKOVÁ, M. (2012). *Aj zahanbené ruky ukrývajú zdroje – kazuistika práce s klientom s úzkostne-depresívnou problematikou*. In: I. Zedková (Ed.), *Tančnice pohybová terapie. Teorie a praxe.*, pp. 213-221. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 240 p. ISBN 978-80-244-3185-7.
- LONGSTAF, J. S. (2007). *Overview of Laban Movement Analysis & Laban Notation*. Major Schools and Organisations for Laban Movement Analysis and Labanotation. [online],[citované 5.1. 2014]. Dostupné na internete: < www.laban-analyses.org>.
- MASON, J. (2009). *Authentic movement: A Salve for Imposter Phenomenon*. *Review of Human Factor Studies*, vol.15, no.1, pp. 17–32.
- MRÁZ, M. (2010). *Noo-logoteória ako cesta k pravde o človeku*. In: E. Naništová, P. Fotta (Eds.), *Existenciálne významné hodnoty v osobnom, spoločenskom a kultúrnom kontexte*. Trnava: FFTU v Trnave, 276 p. ISBN 978-80-8082-418-1.
- OREL, M. – FACOVÁ, V. – HEŘMAN, M. – KALÁB, M. – KORANDA, P. – ŠIMONEK, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, 264 p. ISBN 978-80-247-3737-9.

- PAYNE, H. – STOTT, D. (2010). Change in the moving bodymind: Quantitative results from a pilot study on the use of the BodyMind approach (BMA) to psychotherapeutic group work with patients with medically unexplained symptoms (MUSs). *Counselling and Psychotherapy Research*, vol.10, no.4, pp. 295-309. ISSN 1473-3145.
- PAYNE, P. – CRANE - GODREAU, M. A. (2013). Meditative movement for depression and anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, vol.4. ISSN 1664-0640. [online], [citované 12.3.2014]. Dostupné na internete: <<http://journal.frontiersin.org/Journal/>>.
- PALLARO, P. (2007). *Authentic Movement: Moving the Body, Moving the Self, Being Moved - A Collection of Essays*. London: Jessica Kingsley Publishers, 512 p. ISBN 1843107686.
- PRAŠKO, J. – PRAŠKOVÁ, H. – PRAŠKOVÁ, J. (2008). *Deprese a jak ji zvládat: příručka pro postižené, jejich blízké a pomáhající profese*. Praha: Portál, 184 p. ISBN 978-80-7367-501-1.
- ROSENBERG, M. – SCHOOLER, C. – SCHOENBACH, C. (1989). Self-Esteem and adolescent problems: modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, vol. 54, no.6, pp. 1004 – 1018. ISSN 0003 – 1224.
- SALMON, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, vol. 21, no.1, pp.33-61. ISSN 0272-7358.
- SCHUSTEROVÁ, I. (2010). Slovo na úvod. I. Schusterová (Ed.) *Násilie, jeho variabilita, obeť a možnosti riešenia*. FF TU v Trnave, Bratislava: Interlingua, 131 p. ISBN 978-80-8082-411-2.
- SHIRALDI, G. R. (2009). *The Post-Traumatic Stress Disorder Source Book: A Guide to Healing, Recovery, and Growth*. McGraw-Hill Professional. ISBN – 13: 978-0071614948.
- SIMONS, A. D. (1985). Exercise as a treatment for depression: An update. *Clinical Psychology Review*, vol. 5, no.6, pp. 553-568. ISSN 0272-7358.
- SLAVÍK, J. (2000). *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Karlova Univerzita. ISBN 80-7290-004-8.
- SMITH, E. W. L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál, 208 p. ISBN 978-80-7367-144-0.
- TANELIANOVÁ, T. – JAYCOXOVÁ, L. H. (2008). *Invisible Wounds of War: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and assist for their recovery*. [Online]. USA: RAND Corporation. ISBN 978-0-8330-4454-9.
- TRESS, W. – KRUSE, J. – OTT, J. – ALTMAYER, S. – BERGSTEIN, V. – FRANKE, P. – FRANZ, P. – HENDRISCHKE, A. – HOFFMANN, M. – TRESS, B. J. – KRÖGER, F. – MANS, J. – OTT, G. – REISTER, G. – ROSIN, U. – SCHALLER, CH. – WÖLLER, W. (2004). *Psychosomatische Grundversorgung*. Stuttgart: Schattauer, 400 p. ISBN 978-80-7367-309-3.
- Van ETTEN, M. L., TAYLOR, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder a metaanalysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(3): pp. 126-144. ISSN: 1063-3995,1099-0879. Dostupné na internete: <<http://hdl.handle.net/2027.42/35192>>.
- ZEDKOVÁ, I. (2012). *Tanečné pohybová terapie. Teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého, 239 p. ISBN 978-80-244-3185-7.
- ZHAO, L. - BADLER, N. I. (2001). *Synthesis and Acquisition of Laban Movement Analysis Qualitative Parameters for Communicative Gestures*. Department of Computer & Information Science. pp. 1-160.[online], [citované 28.3.2014]. Dostupné na internete: <<http://repository.upenn.edu/>>.

Štúdiá vznikla v rámci medzinárodného projektu AVČR No. P 407/12/2325