

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta tělesné výchovy a sportu  
Katedra gymnastiky

## **Bakalářská práce**

**Využití taneční terapie u pacientů po cévní mozkové  
příhodě**

**The influence of the dance therapy on people affected  
by cerebro vascular accident**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**Mgr. Marie Vurmová**

**Vypracovala:**  
**Helena Kubíčková**

**V Praze 2007**

## **ABSTRAKT**

*Název:* Využití taneční terapie na pacienty postižené cévní mozkovou příhodou

The influence of the dance therapy on people affected by cerebrovascular accident

### ***Cíl práce***

Hlavním cílem této práce je ukázat využití taneční terapie (dále jen TT) na pacienty postižené CMP v rehabilitaci.

### ***Dílčí úkoly***

- prostudování literatury (TT, CMP)
- teoretické zpracování daného tématu
- vyhodnocení praktických zkušeností např. absolvování hodin TT a kursu TT, sestavení skupinové taneční jednotky zaměřené především na posílení a zapojení oslabené poloviny těla, na přijetí sebe sama, vyjádření emocí, rozvoj komunikace, socializaci a odreagování se od problémů

### ***Hypotéza***

- předpokládám, že díky taneční terapii dojde ke zlepšení psychického i fyzického stavu klientů

### ***Metody***

- fyzioterapeutické vyšetření
- pozorování

### ***Klíčová slova***

- taneční terapie, cévní mozková příhoda
-

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a  
použila jsem pramenů uvedených v bibliografii.

V Praze dne 20.8.2007



Podpis

## PODĚKOVÁNÍ

Především bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Marii Vurmové, nejen za trpělivé a odborné vedení práce, ale i za velmi osobní přístup.

Dále děkuji všem terapeutům kliniky Albertov za vlídné přijetí a poskytnutí důležitých informací a všem klientům na klinice Albertov, bez kterých by tato práce nikdy nevznikla.

Také musím poděkovat mé kamarádce Štěpánce Maryškové za krásné ztvárnění taneční jednotky v příloze.

A samozřejmě děkuji mé rodině i blízkému okolí a nejvíce svému manželovi, který byl pro mě velkou psychickou oporou.

## OBSAH

1. ÚVOD .....	6
2. CÍLE PRÁCE .....	7
3. REŠERŠE LITERATURY .....	8
<b>4. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
4.1 TANEC .....	10
4.1.1 Historie tance .....	11
4.2 TANEČNÍ TERAPIE .....	14
4.2.1 Historický vývoj taneční terapie .....	15
4.2.2 Aplikace taneční terapie .....	17
4.2.3 Cíle taneční terapie .....	20
4.3 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA .....	23
4.3.1 Příčiny .....	23
4.3.2 Charakteristické rysy pacientů po CMP .....	23
4.4 VLIV TPT NA PACIENTY PO CMP .....	25
ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	27
<b>5. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>28</b>
5.1 PAN M.H., anamnéza .....	28
5.1.1 Fyzioterapeutické vyšetření .....	30
5.1.1.1 Vyšetření postavy .....	30
5.1.1.2 Hodnocení soběstačnosti (ADL) .....	33
5.1.1.3 Vstupní hodnocení taneční terapie .....	33
5.2 PANÍ L.M., anamnéza .....	34
5.2.1 Fyzioterapeutické vyšetření .....	36
5.2.1.1 Vyšetření postavy .....	36
5.2.1.2 Hodnocení soběstačnosti (ADL) .....	39
5.2.1.3 Vstupní hodnocení taneční terapie .....	39
5.3 METODIKA TANEČNÍ A POHYBOVÉ TERAPIE .....	40
5.4 PAN M.H. ....	42

5.4.1 Fyzioterapeutické vyšetření .....	42
5.4.1.1 Vyšetření postavy .....	42
5.4.1.2 Hodnocení soběstačnosti (ADL) .....	44
5.4.1.3 Závěrečné hodnocení TT .....	45
5.5 PANÍ L.M. ....	46
5.5.1 Fyzioterapeutické vyšetření .....	46
5.5.1.1 Vyšetření postavy .....	46
5.5.1.2 Hodnocení soběstačnosti (ADL) .....	48
5.5.1.3 Závěrečné hodnocení TPT .....	49
<b>6. DISKUSE .....</b>	<b>50</b>
<b>7. ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
<b>8. POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>54</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>55</b>

## 1. ÚVOD

Vliv taneční terapie na pacienty postižené cévní mozkovou příhodou (dále jen CMP) je tématem mé bakalářské práce. K výběru tohoto tématu mě přivedly především dva důvody.

Taneční pohyb je pro mě zcela samozřejmou a nepostradatelnou částí života. Věnuji se mu od dětství. Dosud jsem členkou tanečního souboru Jaro.

Touha dokonale zvládnout taneční techniku mě přivedla na taneční konzervatoř Duncan Centre. Po ukončení školy jsem zjistila, že studium tance mě mnohem více ovlivnilo, než jsem vůbec předpokládala. Nyní je pro mě zvládnutí vlastního já v pohybu cestou, jak získat uspokojení, pohodu a radost ze života. Získala jsem víru v sebe, naučila jsem se pokoře a toleranci. Zlepšily se mé komunikační a empatické vlastnosti.

Druhým důvodem byla má dlouhodobá praxe, kde jsem se blíže seznámila s lidmi postiženými CMP, kteří schopnost přirozeného pohybu ztratili. Někteří vinou nemoci, jiní po úraze.

Teprve tady jsem si uvědomila obrovský význam pohybu. Každý jedinec je pohybem přímo utvářen. Držení těla, chůze jsou charakteristickými znaky člověka. Podle těchto znaků lze usoudit, jaké máme zvyky, temperament, jaké jsme prodělali choroby, a že řízený pohyb a relaxace mají vliv na naši psychiku. Vyskytne-li se nějaká změna v organismu, automaticky se to projeví i v psychice člověka. Tyto psychické problémy se projeví určitými změnami v oblasti fyzické, která je i tak po postižení CMP změněna.

## 2. CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této práce je ukázat využití taneční terapie (dále jen TT) v rehabilitaci, u pacientů postižených CMP. Sestavení skupinové taneční jednotky zaměřené především na posílení a zapojení oslabené poloviny těla, na přijetí sebe sama, vyjádření emocí, rozvoj komunikace, socializaci a odreagování se od problémů.

### *Dílčí cíle*

- prostudování literatury (TT, CMP)
- teoretické zpracování daného tématu
- vyhodnocení praktických zkušeností např. absolvování hodin TT a kursu TT
- vyhodnocení výsledků práce

### *Hypotéza*

- předpokládám, že díky taneční terapii dojde ke zlepšení psychického i fyzického stavu klientů

### *Metody*

- fyzioterapeutické vyšetření
- pozorování

### 3. REŠERŠE LITERATURY

Problematika taneční terapie je v zahraniční literatuře velice dobře popsána a především dostupná. Naproti tomu v domácí literatuře je publikací o této problematice velmi málo, a i ty jsou těžko dostupné. Při hledání informací a materiálů týkajících se taneční terapie jsem narazila na drobné odchylky tohoto názvu. Zjistila jsem, že názvy taneční terapie, tanečně-pohybová terapie a taneční a pohybová terapie mají stejný význam. Někteří odborníci míní slovo tanec jako dokonale zvládnutý estetický pohyb těla s určitou myšlenkou a prožitkem. Proto používají název tančení a pohybová terapie nebo tanečně-pohybová terapie. Ve své bakalářské práci budu používat termín taneční terapie.

Ze začátku byl mým zdrojem informací především internet. A to stránky American Dance Therapy Association – A.D.T.A. <http://www.adta.org/> a Česká asociace taneční terapie - TANTER <http://www.tanter.cz>.

Jelikož publikací o taneční terapii je v českém jazyce velmi málo, byly pro mě velkým přínosem zejména odborné práce studentů. Velmi dobře popisuje problematiku taneční terapie Petra Lenková ve své práci *Tanec a jeho využití při práci s mentálně postiženými*, kterou obhájila v roce 2006. Další práce, která mi pomohla byla *Tanečně pohybová terapie a možnosti jejího využití se specifickou skupinou lidí* od Petry Paškové z roku 2005.

V teoretické části mé práce jsem nejvíce využila dvě knihy. První byla publikace J. Blížkovské *Úvod do taneční terapie* z roku 1999, ve které je popisována problematika taneční terapie. Druhá, neméně důležitá kniha, byla od H. Payneové *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi* z roku 1999, ze které jsem čerpala informace o historickém vývoji TT, vymezení pojmů a také praktické využití TT.

O problematice CMP jsem čerpala informace většinou z neurologických odborných knih. Nejvíce jsem však využila knihu Lorenza Carrara *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě* z roku 2002. Kniha obsahuje nejen kompletní popis a průběh postižení CMP, ale i podrobnou komplexní léčbu.

Další knihou, která mi více objasnila pohybové obtíže pacientů po CMP byla publikace Trojana a Drugy *Centrální mechanismy řízení motoriky* z roku 1986.

Veškerou literaturu, kterou jsem měla k dispozici, jsem si opatřila ve fakultních knihovnách UK v Praze.

## 4. TEORETICKÁ ČÁST

### 4.1 TANEC

Je pohybová činnost (akt), vyjadřující prostřednictvím rytmických pohybů a gest bezprostřední subjektivní pocity tanečníka v rámci určité myšlenky. Je to pohybově vyhraněný celek evokující na pozadí expresivních prvků více či méně hluboký prožitek. Spolu s výtvarnými a hudebními kreacemi je jedním z nejstarších lidských projevů, spojující vrozenou touhu člověka po sebevyjádření s přirozenou radostí z pohybu.

Tanec je založen na rytmické fragmentaci individuálního pohybu a je zpravidla doprovázen hudbou nebo zpěvem.

V průběhu historického vývoje tanců se vyvinuly specifické formy hudebně pohybových aktivit, tvořené třemi hlavními proudy:

*Lidovým tancem* – vytvářeným spontánně z lidských tvůrčích zdrojů závislých na době a prostředí (tradici) své existence.

*Scénickým tancem* – jehož hlavním představitelem se stal balet.

*Společenským tancem* – vytvořeným v hrubých obrysech dvorskou společností převážně postupnou adaptací tance lidového.

Zvláštní postavení zaujal tanec v současné terapii, využívající mentálně hygienické aspekty spontánního tanečního projevu k uvolnění psychické tenze pacienta v rámci psychoterapeutického procesu.

(Příruční slovník naučný)

### 4.1.1 HISTORIE TANCE

Už po tisíciletí je tanec součástí lidského života. Tanec je pro lidi stejně přirozený jako hra, námluvy, jídlo nebo boj a často bývá pro tyto činnosti vyjádřením. Estetická kultura tělesného a pohybového projevu patří k vyspělému pojetí lidské kultury.

Ve stádiu nejranějších civilizací byl člověk nedílnou součástí přírody a jejího dění. Člověk se v přírodním světě vyvíjel. Strach z bytí, přírodních jevů vtěloval do svých maleb, zvyků, ceremoniálů a tanců.

Kolektivní tance byly stupňovány plameny ohňů, kde smyslový aparát člověka byl vybuzen omamnými látkami, opojnými vůněmi, zoomorfními symboly. Obsahem těchto tanců bylo zrození života, různé symboly a kultury.

Prastará egyptská civilizace, vyvíjející se v úrodném údolí Nilu se datuje do několika epoch. Krása z prožitku v době volného času byla charakteristickým rysem kultury v Egyptě. Člověk byl potomkem bohů a víra v posmrtný život proměnila existenci člověka na zemi na oslavu věčného života. Taneční projevy byly tímto názorem pochopitelně ovlivněny.

Při zrodu řecké kultury a náboženství nesmíme zapomenout na vliv Minojské kultury. Na počest bohů byly pořádány oslavy, které byly vždy spojovány s tancem. Oběti bohům se konaly na kultovních místech, tanec silně připomínal kolové tance.

Tance válečné (před bojem) a vítězné (na počest vítězství) byly oblíbeným motivem Mykénské kultury.

Kultivace fyzické a duševní zdatnosti vede ke vzniku harmonické osobnosti. Ve starověkém Řecku se zrodil ideál Kalokagáthie, který byl

provázen poznáním, že harmonické sladění fyzis a duše je nezbytným předpokladem pro rozvoj lidské individuality. Odkaz řecké kultury je aktuální i dnes.

Ve střední Itálii v 8. st. př. n. l. bylo založeno Etrusky město Řím. V průběhu času se zrodila světová velmoc – římské impérium.

Charakter římské společnosti byl orientován na válečnictví, jenž mělo vliv na náboženství a kultovní rituály. Silný vliv rituálů pořádaných k uctění bohů měl vliv na utváření tanečních škol a druhů tance. Vlivem militantní politiky vstupují do římské kultury a tedy i do struktury tance vlivy řecké a orientální.

Středověká Evropa barbarského původu se zrodila na duchovním, společenském a hospodářském rozvratu římského impéria. Umění je středověkou estetikou pojímáno jako světské – nemravné, a bohulibé – náboženské. Z náboženského hlediska jsou veškerá tělesná umění jako je tanec a divadlo zavrhována. Tanec a taneční projevy jsou v křesťanství velmi omezené, a přesto existují formy náboženských tanců prováděných přímo v kostele (tance kostlivců, kanovnické tance, dětské chórové tance). Prvními profesionálními tanečníky byli truvéři putující od hradu ke hradu. Z obecných lidových tanců se vydělují tance dvorské a tance cechovní. V 11. a 12. st. se objevují tance morové, které mají zabránit proniknutí moru do země.

Život renesančního člověka je zaměřen na krásu vnímanou lidskými smysly. Libuje si ve slavnostech, maškarních plesech a okázalých ceremoniích. Pro novou vrstvu zbohatlíků je vytvářen nový typ tanečních forem s četnými krokovými variacemi a úklony hlavy. Choreografické skladby prostřednictvím tanečníků dávaly možnost vytvářet geometrické obrazce.

Pro období Baroka mělo divadlo mimořádný význam. S dramatickou zálibou je těsně svázaný vznik nové umělecké formy – opery. Opera-balet působí silným dojmem a výraznými krokovými variacemi. Záměrem tanečníka je prostřednictvím ladného a líbivého pohybu vytvářet krásné figury.

V období romantismu na počátku 19. st. vykryštovala specializovaná taneční technika opery – klasický tanec. Francouzská revoluce dala možnost uvolnit estetické formy. V tanci se tak uvolnil technický styl. Jednotlivé taneční styly se lišily podle zemí.

Dynamický vývoj vědy, průmyslu, hluboké proměny duchovní a sociální, pomohly i ke změnám v chápání světa. Začátkem 20. st. dochází k úpadku klasického tance, který je nahrazen jinou, expresivní taneční formou – výrazovým tancem. Estetické znaky jednotlivých uměleckých směrů silně vstoupily do výrazových možností moderního tance a ovlivnily jeho formu. (Jebavá, 1998)

## 4.2 TANEČNÍ TERAPIE

Existuje mnoho definicí, které vyjadřují o čem taneční terapie je. Shrnula bych je takto: Spontánní taneční projev, který vede k uvolnění psychické tenze, jež je léčena v rámci psychoterapeutického procesu. Pohyb je chápán jako forma komunikace. Návyk pohybů, tanečních kreačí vede ke koordinovanějším motoricky zdatnějším pohybům. Prostředkem pro vyjadřování je tělo a jeho pohyby.

Mezi základní prvky nonverbální čili mimoslovní komunikace patří:

- *mimika* – výraz obličejů
- *proxemika* – vzdálenost, jakou zaujímáme od druhé osoby
- *haptika* – dotek
- *gestika* – vyjádření pomocí gest

Se samotným pohybem velmi souvisí i lidský mozek. Ten je rozdělen na pravou a levou hemisféru. Levá hemisféra je analytická, odpovědná za logický úsudek, lineární myšlení, detaily, pojmy, slova a spojení s časem. Oproti tomu pravá hemisféra je syntetická, spojení s prostorem, odpovídá za myšlení v obrazech, za intuici a za vědomí „kdo jsme“. Specializace obou mozkových polokoulí poukazuje na určitou schopnost reparace lidského mozku při výpadcích některých úseků. Druhá strana může „zaskočit“, i když neobsahuje takové výkonnosti dominantní oblasti. Tento poznatek má zásadní význam při zničení mozkové tkáně mrtvicí. Intenzivním, dlouhodobým a trpělivým tréninkem lze dosáhnout podstatného zlepšení. (Trojan, S, Druga, R, 1986). TT stejně jako např. arteterapie se snaží o zapojení pravé hemisféry, nonverbální paměti a směřuje k harmonizaci myšlení. A jelikož tělo a mysl jsou v neustálé interakci a na vzájem se ovlivňují, vede harmonizace myšlení i k harmonizaci nonverbálního projevu tělesného a naopak. (Blížkovská, 1999)

#### 4.2.1 HISTORICKÝ VÝVOJ TANEČNÍ TERAPIE

Jak ve Velké Británii, tak v USA se tanec při léčbě začal systematicky využívat zhruba před padesáti lety. Jeho využití v těchto zemích se vyvíjelo do určité míry odděleně, ačkoli obě větve byly vždycky v kontaktu a postupem času se k sobě přibližovaly.

V Británii je tanec dlouhou dobu, zvláště na základních školách, tradičně považován za jeden ze základních výchovných předmětů. Poznání, že tanec a pohyb mají potenciál využitelný v rehabilitaci a terapii, se rozvíjí ve čtyřicátých letech, i když se o tom v té době moc nepsalo.

Významnou osobností ve vývoji tance a pohybu byl v Británii Rudolf Laban (1879-1958). Jeho přínos spočíval v systematickém popisu a kategorizaci pohybu. V taneční terapii terapeut využívá kategorizaci při pozorování pohybu, k diagnóze a při hodnocení změn v průběhu práce. Labanova analýza a kategorizace pohybu tak podstatně přispěla k množství další odborné literatury o neverbální komunikaci.

Po Labanově analýze pohybu a zapojení tance do výchovy začali jeho následovníci prosazovat aplikaci tance a pohybu v léčbě a terapii (např. Bainbridge a kol. (1953), využili tanec v psychiatrii a Oliver (1968-1975) ho úspěšně aplikoval v nemocnicích a školách pro mentálně postižené).

V padesátých letech začaly vzdělávací instituce, (např. tehdejší West Riding a Manchester), poprvé propagovat Labanovy poznatky při vzdělávání učitelů tělesné výchovy na základních a středních školách. Brzy začaly Labanovy myšlenky v programech taneční a pohybové výchovy využívat všechny vzdělávací instituce.

V Americe se specifická terapie využívající tanec a pohyb začala využívat zhruba před padesáti lety. Bylo to způsobeno nárůstem počtu

osob s psychickými problémy způsobenými válkou. Časem se stala taneční terapie hojně využívanou metodou, sledovaly se výsledky a prováděl se výzkum této terapie. Zájem o tuto metodu vedl k založení American Dance Therapy Association v roce 1965 (ADTA, Americká taneční terapeutická asociace). Americká odborná literatura ze šedesátých a sedmdesátých let pojednává o tom, jak průkopníci taneční terapie vnímali terapeutický proces (Marian Chace, 1965). Zjistilo se, že zážitky z tance a pohybu mnoha způsoby pomáhají skupinám mentálně a tělesně postižených lidí.

Americká taneční terapie je proti evropské více zaměřena na analýzu pohybu a pohybového projevu. Vychází z Labanovy teorie pohybu, který pohyb rozčlenil na 4 motorické faktory:

- hmotnost
- prostor
- čas
- energie

Americká asociace má v Evropě svůj protějšek a to Evropskou asociaci taneční terapie, která vznikla v roce 1993. Největším iniciátorem byla Francie, která je považována za evropského představitele taneční terapie v Evropě.

Tato evropská asociace definovala taneční terapii takto: „Je to psychoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézt:

1. Radost z funkční činnosti (jde o to, aby si člověk ze všeho nejdříve uvědomil své tělo, pak postupným cvičením může zažít radost z toho, že své tělo ovládá, a že se na něj může spolehnout).
2. Jednotu tělesna a duševna (tanec je aktivita tělesná i duševní, taneční pohyby emoce probouzejí nebo emoce vyjadřují, tanec je řeč sjednocující tělo a duši v harmonii a je to spojovací článek vnitřního a vnějšího světa).

3. Obnovu pozitivního sebepřijetí (objektivní tělesné schéma se obvykle liší od subjektivního obrazu těla člověka, který si vytvořil na základě zkušeností s okolím).
4. Autonomii (uvědomění si pocitu sebe sama, pocit vlastní integrity a sebepřijetí, které může vést k osamostatnění).
5. Tělesnou symboliku (tanec je řeč těla, která umožňuje symbolicky přenášet na scénu přání, touhy, myšlenky, obavy, atd.).
6. Sublimaci (taneční terapie je zároveň arteterapií, svým vlastním tělem se snažíme vytvořit umělecké dílo, krásno vyplývá z autentičnosti, z opravdovosti pohybů, které se odvíjejí ze stavu vnitřní svobody a klidu).

U nás patří k průkopníkům intenzivního využití nonverbálních technik ve skupinové terapii pražská psychoterapeutická škola, která od roku 1996 rozvíjela systematický postup pod názvem psychogymnastika. (Payneová, 1999)

#### **4.2.2 APLIKACE TANEČNÍ TERAPIE**

Jedním z aspektů, který vyjadřuje vnitřní stav našeho těla je postavení celého těla. Je to také jedna ze základních pozic, které nám umožňují dále rozvádět pohyby těla a končetin.

Pohyby obecně, jsou v podstatě kontrakce a relaxace určitých svalových skupin a jednotlivých svalů. I toto napětí a uvolnění má vztah k psychickému prožívání. Ke kontrakci a celkovému stažení dochází pokud pocítujeme strach, zlost nebo nenávisť. Naopak uvolnění, relaxování dochází tehdy, když máme radost, pocítujeme k někomu náklonnost nebo lásku.

Terapeut může využívat tohoto propojení citů, emocí s tělem a souhrou svalů a měl by být schopen nechat klienty pocítit rozdíly v prožívání různých situací a rozdíly v kontrakci a relaxaci svalů. Měl by dát klientům možnost prožít pohyby velké rozmáchlé celým tělem, ale i

pohyby nepatrné, izolované, jen končetinami či trupem, pohyby rychlé a pomalé.

Terapeut by si měl všimnout neverbálních projevů a neverbální komunikace klientů během prováděných cviků a pohybů. Měl by sledovat jejich reakce na pohyb, ale zároveň i na reakce své, které jsou neméně důležité.

Jednou ze základních podmínek dobré práce terapeuta je znalost vlastních tělesných pocitů, tělesných projevů, postojů, gest a celé neverbální stránky svého projevu. Pouze v takovémto případě může terapeut citlivě vnímat a odlišovat klientovy neverbální, ale i verbální projevy od projevů převzatých od něho samého. Znalost své neverbální komunikace a její rozpoznání u klienta umožňuje též analyzování a rozvíjení své vlastní neverbální komunikace a vede k obohacení terapeuta a jeho dalšímu profesnímu rozvoji.

Během těchto pohybů by klient neměl zapomínat na dech. Ten je neodlučitelnou součástí bytí a mnoho lidí na něj zapomíná. Dovolují si říci, že většina lidí v dnešní době dýchá spíše povrchně, pokud zrovna nedobíhají tramvaj či jinak nespoutají. Právě spojení dechu a pohybu může člověku poskytnout nové vjemy a pocity. Na význam dechu v prožívání člověka poukázal Grossův výzkum, který nazval soustavu speciálních technik dýchání, holotropním dýcháním.

Zajímavé je i propojení řeči těla a řeči jako takové. Podle některých studií se pohyby těla přizpůsobují vlastní řeči a lze tento jev pozorovat i pokud člověk naslouchá druhé osobě. Americký psycholog Condon to nazval „sebesynchronií a interakční synchronií“.

Pokud existuje „sebesynchronie a interakční synchronie“, existuje i desynchronie v době, kdy člověk není v harmonii se sebou samým nebo s druhým jedincem. A s touto desynchronií by měl terapeut spolu s klientem pracovat.

Někdy je však obtížné odhadnout nakolik je stávající chování normální či nikoli. Je vždy nutné zkoumat věci ze všech stran a vzít v potaz i například hledisko sociálně kulturní. To, co je běžné v jedné kultuře, může u druhé znamenat něco docela jiného a právě na to by měl terapeut vždy myslet a hodnotit stávající situaci globálně.

Terapeut by měl:

- umět vést skupinu
- mít bohatou pohybovou škálu
- mít bohatou fantazii
- mít schopnost uskutečňovat nové věci
- znát řeč svého těla
- být schopen adekvátně komunikovat se svými klienty (tato komunikace by měla být přímá a jednoduchá)
- mít schopnost kinestetické empatie
- být aktivní i neutrální

(Blížkovská, 1999)

### 4.2.3 CÍLE TANEČNÍ TERAPIE

Jelikož se jedná o psychoterapeutickou metodu, jsou cíle téměř stejné, jako u jiných druhů psychoterapie. K základním cílům a účelům patří dosáhnouti zdravého jedince (člověka), který není sužován stresy, napětím a konflikty, který je schopen komunikovat otevřeně uvnitř sebe samého a také s okolím. Cíle nejsou zaměřené pouze na tělo jako takové, ale na tělo jako komunikační prostředek neverbálního projevu. Prostřednictvím těla je snaha dosáhnout terapeutického výsledku, změny a to změny v prožívání, chování, možnosti korektivní zkušenosti, apod.

K dalším cílům patří:

- vědomí a přijetí sebe sama
- zlepšení komunikačních dovedností
- vytváření uspokojivých vztahů, socializace
- vyjádření emocí
- zapojení postižených částí těla
- zlepšení koordinace pohybu celého těla, zvýšení svalové síly, zvětšení rozsahu pohybů
- zlepšení držení těla a lepší stability
- vnímání a vyjadřování rytmu, jeho prožívání
- estetické prožívání
- podpora psychomotorického vývoje
- zlepšení koncentrace, pozornosti, paměti
- uvolnění, odreagování
- zlepšení nálady, navození pocitu úspěchu

Dnešní způsob života s sebou přináší mnoho stresových momentů, silných emocí, které mohou na člověka působit negativně a vyvést ho

z rovnováhy. Úkolem taneční terapie je ukázat člověku způsob, jak je možné znovu získat tuto ztracenou rovnováhu.

Dává šanci prožít mnoho z těchto emocí a poskytuje možnost rozšíření vědomí o to, jaké pocity v dané chvíli člověk prožívá. Jak na to reaguje jeho tělo a hlavně dává šanci zvládnout stávající situaci. Naučí člověka lépe se orientovat v signálech, které jeho tělo vysílá a je schopen mnohem dříve zareagovat, tedy ještě ve chvíli, kdy jeho rovnováha není tolik narušena.

Aby bylo možné toto všechno klientům předat, je nutné stanovit určité mantinely a hranice a dát takovému sezení určitou strukturu. Ta by měla vycházet z potřeb jednotlivců i celé skupiny.

Mantinely by měly být dostatečně široké, aby dovozovaly každému rozšířit obzor a rámec svých pohybů, ale měly by být i dostatečně bezpečné a podporující pro všechny zúčastněné. Právě pocit bezpečí a podpory je jedna ze základních potřeb člověka, která když je uspokojena nám otevírá prostor pro navázání a nabalování dalších nových zkušeností.

Měli bychom dbát na to, abychom to, co děláme, každý pohyb a tanec, prováděli s radostí a v uvolnění. Samotný pohyb by měl být zdrojem radosti a ne zdrojem dalších stresových podnětů.

Měli bychom zapomenout na hodnocení jako ve škole, kdy se hodnotí systémem vyhovující, dobrý, nevyhovující nebo špatný.

Takovýmto špatným přístupem bychom přinejmenším nedocílili žádného účinku a v horším případě poškodili klienta.

Možným způsobem hodnocení v situaci, kdy se nám zdá pohyb „zvláštní“ používáme slova adekvátní či neadekvátní.

Každý člověk je individuum a každý člověk má své vlastní a pro něj typické způsoby pohybu.

Při práci umožňujeme klientům prožít všechny tělesné vjemy a pocity a ukázat možnosti a limity lidského těla. Naznačit, jak mohou své

tělo použít a vycházet z již naučených pohybových vzorců. Bylo by dobré se spíše zaměřit na oblast pohybu a možnosti těla, které mohou použít, než na ty věci, které nedokáží.

Třebaže cíle taneční terapie jsou víceméně u všech terapeutů shodné, mohou se od sebe lišit použitými metodami nebo mírou použité hudby. (Blížkovská, 1999)

Ve své bakalářské práci bych chtěla předvést na skupině klientů postiženými CMP možnosti a způsoby využití taneční terapie jako kreativního pohybu, který přispívá k propojení mysli, těla i ducha.

## 4.3 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

### 4.3.1 PŘÍČINY CMP

CMP, apoplexie, mrtvice jsou výrazy používané k popisu náhlého poškození funkce mozku z vaskulárních příčin. Jakýkoliv patologický proces postihující cévy může způsobit CMP. Příčin CMP nebo hemiplegie je mnoho a patří mezi ně cerebrální infarkt, vysoký krevní tlak, hemoragie, malformace cév, mozkové tumory, úrazy a řada dalších.

Infarkt je ložisko ohraničené nekrózy nebo mrtvých buněk vznikající na základě nedostatečného přítoku krve a následného nedostatku kyslíku v tkáni.

Dva patologické procesy – trombóza a embolie způsobují v podstatě všechny mozkové infarkty. Trombus je krevní sraženina, která vzniká v cévním řečišti. Embolus je z trombu oddělený fragment zanesený krevním proudem do oblasti ležící distálně od místa vzniku.

### 4.3.2 CHARAKTERISTICKÉ RYSY PACIENTŮ PO CMP

Protože každá z obou mozkových hemisfér kontroluje a řídí činnost protilehlé poloviny těla, způsobuje jakékoliv postižení jedné poloviny mozku poruchu funkce opačné poloviny těla. Proto CMP v levé hemisféře způsobí postižení pravé poloviny těla.

Důležitá funkce, která je postižena u všech pacientů po CMP, je ztráta normálního svalového tonu na postižené straně. Jestliže chybí normální svalový tonus, chybí také normální kontrolovatelný pohyb. Posturální svalový tonus, jak bude popsáno dále, může být zvýšený, snížený nebo oboje. Jestliže je zvýšený, popisujeme tento stav jako

spasticitu nebo hypertonus, jestliže je snížený, hovoříme o chabosti nebo hypotonu.

Poškození mozku může způsobovat nejen evidentní fyzické postižení, ale také percepční problémy a ztrátu senzorycké diskriminace. Výsledkem je, že pacient má problém poznat, kde se právě nacházejí jeho končetiny a v jaké poloze (např. jsou-li skrčené nebo natažené).

Dále mohou být výše zmíněné problémy spojeny s postižením rovnováhy, zraku, řeči a sluchu. (Carraro, 2002)

## 4.4 VLIV TT NA PACIENTY PO CMP

Vzhledem k tomu, že CMP přichází náhle, není možnost se na ní připravit. Pacienti proto na počátku léčby začnou propadat panice (např. Co se mnou bude? apod.) a depresi (např. proč se to stalo zrovna mně? atd. ).

Někteří pacienti bohužel přetrvávají delší čas v těchto negativních pozicích, protože nechtějí nebo nevědí, jak tuto neznámou situaci vyřešit. Každý pacient je jiný a různě postižený, a proto každý potřebuje různou dobu, než se vypořádá se svými psychickými, fyzickými a sociálními problémy, se kterými se potýká každý den.

K psychickým problémům patří:

- problémy se sebedřívěním
- zoufalství např. při poruše řeči se nemůže vyjádřit, nikdo mu nerozumí atd.
- strach z dalšího neúspěchu, nechut' do života, pocit samoty
- přecitlivění, podráždění
- závislost na druhé osobě atd.

K problémům fyzickým se vztahuje:

- nemožnost pohybu na postižené straně
- špatná citlivost (porucha čítí)
- změna pohybových vzorců
- použití rehabilitačních pomůcek

Sociální problémy se vyznačují:

- změnou zaměstnání, koníčků
- změnou bydlení nebo úpravy bytu
- změnou oblečení, ADL
- změnou životního stylu atd.

Pacienti jsou samozřejmě léčeni známými rehabilitačními metodami jako např. fyzioterapií, logopedií, ergoterapií, psychologií, sociologií atd. Tyto metody však řeší pacientovy problémy jednostranně.

TT díky svému širokému pojetí řeší všechny pacientovy problémy komplexně. TT pomáhá prostřednictvím hudby uvolnit napětí nebo depresi, učí navazovat kontakt s vědomou i nevědomou částí osobnosti pacienta, umí navodit pocit bezpečí, důvěry a lásky, snaží se např. jako fyzioterapie o zapojení a posílení postižených a oslabených částí těla atd.

Dále skupinová TT poskytuje pacientovi příležitost být součástí skupiny (společnosti), ve které má možnost setkat se s lidmi se stejným postižením, kde má jedinečnou možnost navázat nové přátelství, získat nové rady, atd. Ukazuje pacientovi využití těla a pohybu jako prostředku mimoslovní komunikace a pomáhá s vyjadřováním emocí a prožitků.

TT začíná díky svému pozitivnímu vlivu zaujímat své místo nejen v rehabilitaci, ale i v jiných společenských oborech. (Payneová, 1999)

## ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI

Pro praktickou část své práce jsem si vybrala dva pacienty po CMP (pana M.H. a paní L.M.), se kterými jsem se blíže seznámila na klinice rehabilitačního lékařství na Albertově během mé odborné praxe. Oba pacienty jsem si vyšetřila na začátku i na konci denního stacionáře (dále jen DS) z hlediska fyzioterapeutického a funkční nezávislosti, atd.

S těmito pacienty jsem cvičila dvakrát denně a tancovala dvakrát týdně. Tato každodenní práce mi umožnila lepší sblížení s pacienty a s jejich problémy, o kterých jsem ze začátku léčby neměla ani ponětí. Po skončení mé odborné praxe jsem docházela dále na hodiny TT po dobu 6ti týdnů, pod vedením Terezy Gueye.

Cílem této praktické práce bylo zjistit, jak pomohla taneční terapie těmto pacientům.

## 5. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5.1 PAN M.H., NAROZEN 1946

#### *Rodinná anamnéza*

Otec zemřel v 80 letech na iktus, matka zemřela též v 80 letech z neznámých příčin. Sourozenci jsou zdraví.

#### *Farmakologická anamnéza*

Piracetam AL, Serdalud, Warfarin, Agapurin R

#### *Abúzus*

Kouřil od 18 let 10 cigaret/den, později i 20/den, již 3 roky nekouří, alkohol pije příležitostně -- víno, káva max. 2 denně.

#### *Pracovní anamnéza*

Podnikatel (majitel stavební firmy).

#### *Sociální anamnéza*

Bydlí v patrovém rodinném domě. Ženatý, 1 dcera.

#### *Osobní anamnéza*

Appendicitis, st. p. bilat. Ing. Herniotomii v dětství, 1984 – st. p. operaci hemeroidů.

#### *Nynější anamnéza*

Datum příhody: 6.5.2001. Typ nehody: při cvičení slabost levostranných končetin, porucha orientace. První kontakt s lékařskou pomocí: RZP odvezen do ÚVN Střešovice na Neurologii, CT prokázalo

zpomalení krevního oběhu v oblasti pravé hemisféry, provedena revaskularizace fibrinolýzou. Bezvědomí nebylo.

### ***Druh postižení CNS***

ischemie

### ***CT, NMR***

hypodenzní ložisko vpravo F parasagitálně, distálněji dobře ohraničené, P patrná hyperdenzní ložiska krvácení (1.6.)

### ***Komplikace***

porucha termoregulace, uroinfekce

### ***RTG***

Levé rameno:omartrosa 1. sin., s přihrocením okrajů kl. ploch a subchondrální sklerotizací glen. jamky, skvrnitá osteoporosa hlavice a přilehlé metafýzy humeru. Bilat. velmi těžké artrotické změny na proximálních IP kloubech, distální IP klouby postiženy méně, osteoporosa karpální oblasti. Artrotické změny v kyčelním a kolenním levém kloubu.

Nyní absolvoval pobyt v Luži Košumberku. Došlo ke zlepšení hybnosti LHK, celková kondice zlepšena, ale zhoršen stereotyp chůze. Pacient je vybaven polohovací dlahou.

## VYŠETŘENÍ KLIENTA PŘI PŘIJETÍ DO DENNÍHO STACIONÁŘE

### 5.1.1 FYZIOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

#### 5.1.1.1 VYŠETŘENÍ POSTAVY

##### *Zepředu*

- zkrácený levý trapéz, pravý trapéz je hypertonický
- levý ramenní kloub je výše než pravý, flekční postavení celé LHK ve smyslu parézy (spasticity), zkrácené prsní svaly
- pánev je rotována vpravo, levý hřeben lopaty kyčelní je výše
- LDK je stočena do zevní rotace, chodidlo je zatíženo jen na zevní hraně (plegie)

##### *Z boku*

- lehký předsun hlavy
- protrakce ramen
- zvětšená hrudní kyfóza
- lehce prominující břicho
- zvětšená bederní lordóza
- levý gluteální sval ochablý
- levý kolenní kloub je ve flekčním držení
- levé chodidlo opřeno o zevní hranu

##### *Zezadu*

- hlava je ve středním postavení, zkrácený levý trapézový sval, zbytnělý pravý trapézový sval
- ochablé mezilopátkové svalstvo
- hypertrofie pravostranných zádočných svalů
- levá zadní spina je výš, pánev je rotována vpravo

- levý hýžd'ový sval je ochablý, levá gluteální rýha je níže
- varózní držení levého kolenního kloubu, levá popliteální rýha je výše
- levé chodidlo je opřeno o zevní hranu, váha těla je téměř na pravé straně

### ***Krk***

- hlava je držena v předsunu
- flexe hlavy není omezena
- omezeny úklony hlavy bilat. – více vpravo
- rotace a lateroflexe omezeny vpravo

### ***Trup***

- oslabené mezilopatkové svaly, zkrácené prsní svaly, horní trapézy, zádové svaly na levé straně
- pohyby trupu omezeny do všech směrů
- při předklonu se nerozvíjí páteř
- pánev je rotována vpravo, levý hřeben výše

### ***Horní končetiny***

- bilaterální artroticky změněné klouby IP prox. i dist.
- flekční postavení LHK – vyšší tonus ve smyslu spasticity
- omezení hybnosti levého ramenního kloubu: flexe 70°, pasivní flexe 90°, ale bolestivé, abdukce 30°; všechny pohyby v ramenním kl. jsou okolo 3. stupně svalové síly
- v zápěstí jsou všechny pohyby 2+
- zhoršena je jemná motorika – nedotáhne špetku
- hrubá motorika je trochu zachována, ale je silně ovlivněna omezeným rozsahem ve všech kloubech a intenčním třesem
- LHK využívá jen fixačně, ale nezapojuje ji do pohybových stereotypů
- PHK je dominantní

### ***Dolní končetiny***

- oslabení flexe kyčelního kl. a extenze levého kolenního kloubu (3. stupeň svalové síly)
- nezvládne samostatně flexi levého kolenního kl. — jen v rámci trojflexe, vleže na břiše je aktivní jen prvních 20° pohybu
- oslabení extenze a abdukce v levém kyčelním kl. (stupeň 3 svalové síly)
- v hlezenním kl. je pohyb nulový – pasivně do 30° flexe a 85° extenze
- celou LDK stáčí do ZR, spasticita, akrálně plegie

### ***Vyšetří stoje***

- nedošlápne na LDK, stáčí do zevní rotace
- Romberg I., II. i III. beze změn

### ***Vyšetření chůze***

- hemiparetická, stáčí LDK do zevní rotace (dále jen ZR), vážne odval plosky na LDK, chůze přes špičku
- našlapuje z vysoka - náznak stepáže, na LDK stále flektované koleno
- chodí o jedné francouzské holi, vážne souhyb LHK

### ***Kognitivní funkce***

Orientačně:

Klient je orientován časem i místem. Pracuje velmi dobře. Lehce snížená krátkodobá i dlouhodobá paměť.

### **5.1.1.2 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI (ADL)**

Příjem jídla zvládá klient sám, jelikož má dominantní (pravou) ruku zdravou, jí lžící nebo vidličkou. Při osobní hygieně je zcela soběstačný. Při oblékání je třeba většího množství času. Klient má problémy se zapínáním knoflíků, zipů a tkaniček; nosí především volné sportovní oblečení a nazouvací boty. V použití WC je samostatný, využívá nástavec na toaletu. Klient potřebuje dohled pouze při přesunu do vany, kde je zvýšené riziko pádu (podklouznutí, atd.)

#### ***Závěr***

Klient je v oblasti sebeobsluhy soběstačný, jen při přesunu do vany vyžaduje dohled druhé osoby z důvodu bezpečnosti. Při oblékání vyžaduje větší časový limit. Veškeré práce nechává na manželce. Z funkčního hlediska klient udělá s LHK všechny úchopy s intenčním třesem (omezený artrózou). Klient je schopen normálně komunikovat. Má sníženou krátkodobou i dlouhodobou paměť.

### **5.1.1.3 VSTUPNÍ HODNOCENÍ TT**

Ze začátku se pan M. H. necítil na hodině TT dobře. Když měl s nějakým pohybem problém nebo se mu z nějakého důvodu nelíbil, tak ho neprováděl. Při společných hrách mu dělal veliký problém se kohokoli dotknout. Z počátku pan M. H. používal jen nepostiženou část těla. Takže když se měl postavit nebo jen zatížit postiženou část těla, stál stále na nepostižené noze, ačkoli měl pocit, že stojí na postižené. Velký problém měl také s pohyby pánví, kde je umístěno těžiště. Pohyby byly spíše sekané než plynulé, a také nedokončené a těžkopádné. Rychlejší pohyby mu šly lépe než pomalé. Hudbu příliš nevnímal, nepřišla mu důležitá.

## 5.2 PANÍ L.M., NAROŽENA 1953

### *Rodinná anamnéza*

Otec zemřel v 94 l., prostatektomie v 90 l., po narkose poruchy kognitivních funkcí. Matka se léčila se srdcem a ledvinami, zemřela ve věku 74 l., sourozenci - zdravé 2 sestry (8 let od sebe), 3 děti (28,26,13 let).

### *Sociální anamnéza*

Vdaná, z prvního manželství má 2 syny. Bydlí v třípokojovém bytě v 2. patře.

### *Školní a pracovní anamnéza*

SPŠ dopravní, pracovala jako výpravčí, potom až do r. 1990 v ČSAD, po revoluci spolumajitelka spediční firmy, kadeřnický salon.

### *Farmakologická anamnéza*

B-komplex, Agapurin R, Warfarin, Acidum Follicum.

### *Abúzus*

Od 18 l. kouřila max. 10 cigaret/den, poslední rok více, od příhody nekouří. Pije 3 kávy denně, alkohol příležitostně.

### *Osobní anamnéza*

Před 4 lety trombosa tepny PDK, proveden výkon - rekonstrukce v tříselné oblasti, nezjišťovala se příčina, po roce dvakrát upadla do bezvědomí, zjištěny poruchy chlopně, 1999/9 výměna chlopně aortální, Warfarinizována, byla zcela bez obtíží. V posledním roce postupně zhoršování stavu – bolesti PHK, byla vyšetřena v Motole.

### *Nynější onemocnění*

Datum příhody: 5.11. 2002 přijata k provedení trombolýzy k mechanické náhradě chlopně. Za 2 hodiny po výkonu vývoj CMP s afasií a pravostrannou hemiplegií. Do 29.11. 2002 hospitalizována na oddělení srdeční chirurgie FN Motol. Propuštěna do domácího ošetření. Postupně se zlepšovala zejména chůze a komunikace. Od konce ledna 2003 reoperace aortální chlopně – nevyměněna chlopeň, ale zjištěna „kapsa“ v oblasti aorty, kde se hromadil trombus. Provedena extrakce všech zubů. V nemocnici cca 3 týdny, potom doma následně rehabilitace Kladruby 3-6/2003. Tam zlepšena řeč, chůze a soběstačnost.

## VYŠETŘENÍ KLIENTKY PŘI PŘIJETÍ DO DENNÍHO STACIONÁŘE

### 5.2.1 FYZIOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

#### 5.2.1.1 VYŠETŘENÍ POSTAVY

##### *Zepředu*

- hlava ve středním postavení, hypertonie levého trapézového svalu, hypotrofie pravého trapézového svalu
- PHK – tonus vyšší ve smyslu spasticity, flekční držení v lokti a prstech
- celá pravá strana trupu je hypotonická, váha více vlevo
- pánev je lateralizovaná, levá spina výše
- PDK – tonus vyšší ve smyslu spasticity, zejména akrálně, váha je více na LDK

##### *Z boku*

- hlava je v mírném předsunu, pravé rameno je více v protrakci než levé (důsledek parézy)
- zvětšená hrudní kyfóza
- pánev je v retroverzi
- rekurvace pravého kolene

##### *Zezadu*

- hlava ve středním postavení, hypertonie levého trapézového svalu, hypotrofie pravého trapézového svalu
- skoliotické držení zad, pravý thorakobrachiální trojúhelník je uzavřený v důsledku flekčního držení končetiny, pravá lopatka mírně odstává
- pánev je rotována vlevo
- pravé koleno je v rekurvaci, zkrácená achillova šlacha
- více je zatížena levá strana

### ***Krk***

- mírné omezení úklonu s rotací vlevo
- zvýšené napětí svalů v oblasti šíje

### ***Trup***

- ochablé jsou mezilopatkové, paravertebrální a břišní svaly
- zkrácené prsní svaly a horní trapézy bilat.
- pohyby trupu jsou omezeny do rotace a úklonu na straně paretické
- při předklonu se páteř rozvíjí minimálně
- pánev je rotována vlevo a pravá spina je výše

### ***Horní končetiny***

- PHK – ramenní kloub – pouze pasivně: flexe do 160°, extenze plná, abdukce 150°, vnitřní a zevní rotace v plném rozsahu – v krajních polohách se objevuje bolestivost
- loket – flekční spasticita (lze protáhnout do extenze)
- prsty – flekční spasticita, která znemožňuje funkční úchop, pohyb vychází z ramene, vleže dochází ke snížení spasticity flexorů lokte i prstů
- PHK využívá především fixačně, do pohybových vzorců ji nezapojuje
- LHK – rameno je níže a rotované dopředu

### ***Dolní končetiny***

- kyčelní kloub – aktivní flexe do 70° (v rámci trojflexe), pasivně lze dotáhnout
- adduktory kyč. kl. jsou zkrácené, abduktory – aktivně 35°
- oslabená vnitřní a mírně i zevní rotace
- kolenní kloub – oslabená flexe (limituje extenční spasmus), rekurvace
- hlezenní kloub – náznak aktivně dorzální flexe (zkrácená Achillova šlacha), pasivně inverze a everze

### ***Vyšetření stoje***

- bez opory titubace všemi směry, nepřenesse váhu na postiženou stranu

### ***Vyšetření chůze***

- bez opory nelze, jen se čtyřbodovou holí
- PDK zatěžuje pouze částečně, chybí odval, nášlap na zevní hranu, v důsledku extenčního spazmu minimální pohyb v kolenním kloubu
- vážne kontrarotace trupu a souhyb horních končetin
- LDK dělá kratší krok

### ***Kognitivní funkce***

Orientačně:

Klientka je orientována osobou, místem i časem. Snaží se verbálně komunikovat pomocí slov či krátkých slovních spojení. Při umožnění dostatečného času k vyjádření nepotřebuje asistenci manžela. Dokáže si vybavit informace z dlouhodobé paměti, informovat o svých současných aktivitách i pobytu v RÚ Kladruby. Je schopna sledovat verbální instrukce a řídit se jimi bez nutnosti výraznější nápovědy. Píše LHK, spontánní písmo i opis textu bez gramatických chyb či vynechání písmen. V případě, že se nemůže vyjádřit, volí formu písemného sdělení. Čte nahlas i potichu, přečtenému textu rozumí. Je schopna vyjmenovat měsíce v roce sestupně, vzestupně pouze s nápovědou. Schopna vybavit si i synonyma některých slov. Je schopna komunikovat heslovitě, v krátkých slovních spojeních, popř. písemně. Výraznější poruchy kognitivních funkcí nejsou pozorovány.

### **5.2.1.2 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI (ADL)**

K příjmu jídla potřebuje klientka pomoc druhé osoby a to především při krájení. Jí pouze LHK, a to lžící nebo vidličkou. Je zcela soběstačná, potřebuje pomoc druhé osoby pouze při složitější úpravě vlasů. Při koupání je zcela samostatná, nevyžaduje již asistenci druhé osoby. V současné době je schopna se v delším časovém limitu sama obléknout, problémy přetrvávají pouze při zavazování tkaniček. Klientka však toto omezení kompenzuje úpravou oblečení (př. nazouvací boty, zipy apod.). V použití WC je soběstačná, potřebuje pouze dohled při přesunu do vysoké vany, kde je zvýšené riziko pádu.

#### ***Závěr***

ADL – v současné době je klientka v oblasti sebeobsluhy soběstačná, vyžaduje pouze dohled druhé osoby při přesunech do vany, především z hlediska bezpečnosti. V některých činnostech (př. oblékání) potřebuje delší časový limit. Pacientka se více účastní na vedení chodu domácnosti. Obstarává běžné domácí práce (mytí nádobí, lehký úklid apod.). Připravuje s asistencí i teplé jídlo pro rodinu. Samostatně zatím nezajišťuje nákupy.

### **5.2.1.3 Vstupní hodnocení TT**

Paní L.M. se od začátku chovala na hodinách velice soustředěně a pozitivně. Byla velice přátelská a na hodiny se těšila. I když měla skoro stejné problémy jako pan M.H. Snažila se vnímat své tělo i hudbu, která jí pomáhala překonat těžkosti se svým tělem. Paní L.M. měla problémy se stabilitou bez hole, tak i s plynulými a lehkými pohyby. Uvědomování si svého těla se zavřenýma očima byl pro ní asi největší problém. Jelikož přenos váhy na postiženou nohu byl v té době pro ní nepředstavitelný.

## 5.3 METODIKA TANEČNÍ TERAPIE

TT, jako řada jiných terapií existuje na dvou úrovních:

1. individuální
2. skupinové

1. Individuální TT je s každým klientem jiná. Záleží na tom, jak moc chce klient na sobě pracovat, jak blízko se dostane k problému, jestli váhá nebo se opravdu snaží prorazit.

2. Ve skupinové TT se objevuje odlišná dynamika, klienti se navzájem podporují, k sobě navzájem se vyjadřují, navzájem se hodnotí, atd. Jde téměř o jiný druh procesu.

Protože je TT záležitostí především skupinovou, u nás zatím existuje jen v této podobě, budu se proto při popisu typické hodiny TT držet tohoto známějšího modelu.

Běžné „sezení“ taneční a pohybové terapie trvá podle tradičního modelu hodinu a půl. Terapeut přijímá klienty buď na svém pracovišti nebo dochází někam na oddělení, kde jsou jeho pacienti hospitalizováni.

Po uvítání následuje většinou krátká verbální fáze. To znamená, že se začíná „povídáním“, při němž si klienti sdělují zážitky z posledního týdne, případně popisují změny, jež pocítili od minulé hodiny.

Následuje **ROZEHŘÁTÍ**, které připravuje pacienta na fyzickou a psychickou činnost. Někdy může nabýt podoby strečinku či automasáže celého těla. Časté je protahování, vyklepávání a chůze v proměnách rytmu. Při zahřívání si terapeut všímá celkového ladění skupiny, emocí, které prozrazují jejich pohyby a navazuje kontakt s každým jedincem tím, že jeho pohyby zrcadlí a pomáhá tak přímějšimu vyjádření jeho pocitů.

**V ÚVODU DO TÉMATU** se přítomní společně pohybují v kruhu a terapeut navrhně – verbálně či neverbálně určité pohybové téma (prostor, hranice, rovnováha). Téma většinou vyplyne samo ze symboliky pohybů, které dominují na dané hodině během úvodu a zahřívání. Někdy pomůže terapeut užitím určitých polarit jako vpřed – vzad, otevřít – zavřít, dávat – brát, lehkost – tíže, ale i jiná témata, v závislosti na fázi skupiny a aktuálního dění.

**ROZVÍJENÍ TÉMATU** znamená, že si daný vzor každý přebere a zkusí zpracovávat po svém. Terapeut pomáhá nasměrovat bezradné a s využitím dynamiky pohybu působí na rozšiřování expresivního potenciálu každého jedince. Je vhodné na začátku hodiny přítomné ujistit, že cokoliv je napadá, je v pořádku, pokud tím v pohybu neohrozí sebe nebo své okolí. Zlost je samozřejmě také v pořádku.

Před konečným **ZKLIDNĚNÍM** přechází klienti od izolovaného sebeobjevování ke kontaktu s ostatními, stále v rámci původního tématu. Své zážitky si pak mohou verbálně sdělovat. Tato fáze je důležitá pro organizaci prožitků, uvědomění svých hranic a psychofyzickou integraci. Úplnou tečkou za taneční hodinou obvykle bývá závěrečný pohybový rituál v kruhu nebo relaxace (dle nálady skupiny).

Taneční hodiny se samozřejmě liší v závislosti na specifických problémech klientů. Ukázka viz příloha číslo 2.

## VYŠETŘENÍ KLIENTA NA KONCI DENNÍHO STACIONÁŘE

### 5.4 PAN M.H.

#### 5.4.1 FYZIOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

##### 5.4.1.1 VYŠETŘENÍ POSTAVY

###### *Zepředu*

- hlava ve středním postavení, šíjové svaly volné
- levý ramenní kloub je nepatrně vyš než pravý, mírné flekční držení celé LHK
- pánev je mírně rotována vpravo
- LDK je mírně stočena do zevní rotace, chodidlo je plně zatíženo

###### *Z boku*

- mírný předsun hlavy
- mírná protrakce ramen
- hrudní kyfóza je mírně zvětšená
- břišní svaly mírně prominují
- lehce zvětšená bederní lordóza
- levý kolenní kloub je v semiflexi
- chodidlo je plně zatíženo

###### *Zezadu*

- hlava ve středním postavení
- lehce ochablé mezilopatkové svaly
- levá zadní spina je lehce vyš
- levá gluteální rýha je nepatrně níž
- mírné varózní držení levého kolene

### ***Krk***

- hlava je držena v mírném předsunu
- flexe, úklony a rotace hlavy nejsou omezené

### ***Trup***

- mírně oslabené mezilopátkové svaly, mírně zkrácené prsní svaly
- pohyby trupu jsou mírně omezeny
- při předklonu se páteř nerozvíjí
- pánev je mírně rotována vpravo, levý hřeben je nepatrně vyš

### ***Horní končetiny***

- bilaterální artroticky změněné klouby IP prox. i dist.
- mírné flekční postavení LHK
- omezení hybnosti levého ramenního kloubu: flexe 80°, pasivní 90°, abdukce 45°, všechny pohyby v ramenním a loketním kloubu jsou okolo 3. – 4. stupně svalové síly
- v zápěstí jsou všechny pohyby 2+
- všechny úchopy provede neobratně a za přítomnosti tremoru. LHK využívá fixačně a zapojuje jí i do pohybových stereotypů
- stále přetrvává omezení supinace, pronace, dorzální flexe v zápěstí, ulnární a radiální dukce. Tyto pohyby jsou spojené v krajní poloze s bolestí.

### ***Dolní končetiny***

- mírné oslabení flexorů kyčle a extenzorů levého kolene 3+
- artróza v levém koleni (semiflekční držení)
- extenze a abdukce v levém kyčelním kloubu je 3+
- celou LDK stáčí do mírné ZR, akrálně plegie

### ***Vyšetření stoje***

- mírné stočení LDK do zevní rotace, chodidlo plně zatíženo
- Romberg III.

### ***Vyšetření chůze***

- hemiparetická se souhybem HK, mírně stáčí LDK do zevní rotace
- náznak stepáže, LDK stále flektované koleno
- vázne odval plosky na LDK, chůze přes špičku, ale je zde zatížení celé plosky
- chodí o jedné vycházkové holi

### ***Kognitivní funkce***

Orientačně:

Zlepšení krátkodobé i dlouhodobé paměti.

## **5.4.1.2 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI (ADL)**

Klient je soběstačný. Má problémy se zavazováním tkaniček, zapínáním zipů, knoflíků a navlékáním elastických punčoch. Ze začátku vozila klienta na kliniku autem manželka, později jezdil MHD v doprovodu dcery.

### ***Závěr***

U klienta došlo ke zlepšení v oblasti ADL, zlepšila se hybnost LHK – je nutno ovšem dbát na to, aby pacient končetinu zapojoval a dodržoval nově naučené hybné stereotypy dle Bobath konceptu.

### 5.4.1.3 ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TT

Pan M. H. se začal při hodinách TT cítit dobře. Jeho problémy s pohyby, které se mu nedařily, začal brát s humorem. Trpělivě pokračoval v tanci, dokud se mu úkol nezdařil. Pohyby přestaly být téměř sekané a rychlé. Postupem času začal vnímat nejen své tělo, ale i hudbu, a tak při tancování dokázal ukončit pohyb stejně s melodií. Svou postiženou část těla se snažil zapojovat do všech pohybů, a tak se spojením plynulých pohybů na hudbu začal správně používat těžiště. Při společných hrách mu přestaly vadit dotyky, a někdy i sám od sebe začínal kontakt. Pan M. H. mi při rozhovoru řekl, že mu TT pomohla lépe se vypořádat se svým postižením díky hlubšímu poznání sama sebe. Díky této terapii se naučil uvolňovat psychické i fyzické napětí, cvičit paměť a koncentraci a zapojovat postižené části svého těla.

## VYŠETŘENÍ KLIENTKY NA KONCI DENNÍHO STACIONÁŘE

### 5.5 PANÍ L.M.

#### 5.5.1 FYZIOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ

##### 5.5.1.1 VYŠETŘENÍ POSTAVY

###### *Zepředu*

- hlava ve středním postavení
- mírné flekční postavení v lokti a prstech PHK
- pánev je mírně rotována vlevo
- chodidla jsou stejně zatížena

###### *Z boku*

- hlava je v mírném předsunu
- mírně zvětšená hrudní kyfóza
- pánev je v mírné retroverzi

###### *Zezadu*

- hlava ve středním postavení
- mírné flekční držení, pravý thorakobrachiální trojúhelník je menší, pravá lopatka mírně odstává
- pánev je mírně rotována vlevo
- chodidla jsou rovnoměrně zatížena

###### *Krk*

- všechny pohyby bez omezení

### ***Trup***

- prsní svaly jsou mírně zkrácené
- pohyby trupu jsou mírně omezeny do rotace na straně parézy
- pánev je mírně rotována vlevo

### ***Horní končetiny***

- zlepšení aktivní hybnosti na PHK
- ramenní kloub: abdukce 70°, ostatní pohyby pasivně, v plném rozsahu
- v loketním kloubu je mírný flekční spasmus, pasivní pohyby jsou v plném rozsahu
- akrum beze změn, PHK zapojuje pouze fixačně

### ***Dolní končetiny***

- kyčelní kloub: flexe 90° (pasivně lze dotáhnout)
- adduktory 30°, abduktory 40°
- vnitřní rotace 35°, zevní rotace 40°
- kolenní kloub: flexe 100°, extenze 5°
- hlezenní kloub: dorzální flexe 5°, plantární flexe - spasticita
- akrum beze změn

### ***Vyšetření stoje***

- Romberg III

### ***Vyšetření chůze***

- PDK zatěžuje stejnoměrně, náznak odvalu, nášlap na celé chodidlo, není přítomna rekurvace v koleni
- je zde přítomna kontrarotace trupu se souhybem horních končetin
- bez kompenzační pomůcky

### ***Kognitivní funkce***

Orientačně:

Klientka se snaží komunikovat verbálně pomocí krátkých vět v delším časovém úseku, občas nutná dopomoc při výbavnosti slov. Stále více se aktivně zapojuje do komunikace s druhými. Ve skupině je ke všem velmi otevřená a vstřícná.

Píše LHK bez chyby, jak tiskacím tak psacím písmem. Zvládá číst nahlas i potichu, přečtené správně interpretuje. Výraznější porucha kognitivních funkcí není přítomna.

#### **5.5.1.2 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI (ADL)**

Při jídle klientka využívá pouze LHK, jí lžící nebo vidličkou. V případě potřeby využívá PHK fixačně. Nutná asistence při krájení. Při osobní hygieně je zcela soběstačná, pouze při kulmování vlasů je třeba dopomoc. Při koupání již nepotřebuje dohled druhé osoby. Obléká se samostatně, v delším čase, nezvládá pouze zavázat tkaničky, nutné zdrhovadlo. V použití WC je zcela soběstačná. Je zde patrné zlepšení ve stabilitě, klientka je jistější a může být bez dohledu.

Klientka již zvládá běžný chod domácnosti, vaří, žehlí, provádí běžný úklid. Po otevření večerky v domě také nakupuje. Je velmi iniciativní, nevyhledává žádnou pomoc, všechny činnosti se snaží provádět sama. Do denního stacionáře ji vozil manžel, některé dny přicházela klientka samostatně – jízdu tramvají zvládala dobře.

### ***Závěr***

U klientky došlo k nejvýraznějšímu zlepšení v oblasti sociálních schopností a to zejména v sociální interakci. Zlepšila se též expresivní afázie. Při skupinových aktivitách se klientka chovala k ostatním vždy

velmi vstřícně a otevřeně, její chování bylo spontánní a přirozené, adekvátní situaci.

V oblasti ADL došlo ke zlepšení v oblasti přesunů a to téměř na úroveň úplné nezávislosti. Klientka je mnohem jistější, riziko pádu je zmenšeno na minimum. Následně se zlepšily také položky koupání. V položce oblékání zůstává úroveň modifikované nezávislosti z důvodu delšího časového limitu.

Klientka není stále schopna provést žádný funkční úchop, avšak PHK využívá maximálně fixačně a snaží se jí zapojovat do všech činností.

### **5.5.1.3 ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ TT**

Vzhledem k tomu, že paní L. M. miluje hudbu a pohyb, byla velice ráda, že se může TT účastnit. Naučila se vyjadřovat pocity a potřeby svým tělem a zároveň uvolňovat psychické a fyzické napětí. Začala také velice brzy zatěžovat postiženou DK, a tak úplně přestala nosit hůl. Její pohyby začaly být plynulejší a také začala zapojovat postiženou HK do všech pohybů. Taneční projev paní L. M. byl velice přirozený. Její těžkopádné pohyby se proměnily v lehčí a dokázala do nich vložit silný prožitek. Pomocí tanečních úkonů se zavřenýma očima si paní L. M. uvědomila své tělo i své já.

## 6. DISKUSE

V této části mé práce bych chtěla uvést několik důvodů, proč se domnívám, že taneční terapie (TT) má veliký význam pro pacienty postižené cévní mozkovou příhodou. Myslím si, a tento můj názor se ztotožňuje i s literaturou, kterou jsem měla k dispozici číst, že právě TT poskytuje těmto lidem tu nejsnazší cestu, jak se vypořádat se svým údělem. Samozřejmě, že čím dřív začnou tito lidé spolupracovat, tím více se zvyšuje úspěšnost léčby.

Pacienti se zde nemusí bát, že se po nich bude vyžadovat nácvik složitých krokových variací nebo nějakého tanečního představení. V TT se tanec pojímá jako pohyb doprovázený hudbou, který nebere ohled na estetickou stránku. Ústředním principem TT je silné spojení mezi pohybem a emocemi. Při TT mohou nevědomě navozené pohybové reakce vést k asociacím ranějších událostí a k jejich novému prožití. Tím si pacienti uvědomí vtištěné pocity a pocity spojené s událostmi, a novým prožitím si je mohou snáze a rychleji dostat do vědomí a následně je pak slovně vyjádřit. Tyto prožitky a možnosti, které se pacienti naučili využívat, jim zajišťují uspokojující psychický i fyzický stav.

TT poskytuje pacientům příležitost být součástí skupiny, ve které mají možnost setkat se s lidmi stejně postiženými, kde mají jedinečnou možnost navázat nová přátelství, získat nové rady atd., které tímto postižením ztratili.

Samozřejmě jsem si vědoma toho, že TT není vhodná pro všechny pacienty s CMP. V první řadě záleží na rozsahu postižení pacienta a jeho psychickém stavu. Dále je to určitá otevřenost a chuť změnit dosavadní stav, kterou ne každý pacient má. Proto pacienta příliš nenutíme a raději vyčkáme na jeho iniciativu.

Hudba je další faktor, který může pacienta odradit, ale i získat. Vzhledem k tomu, že každý člověk má svůj vyhraněný vkus, co se týče hudby, bylo by nemožné se při skupinové TT zavděčit všem.

Věk je také důležitým faktorem pacienta, protože u starších pacientů se vyskytují další problémy např. kardiální, oběhové, respirační, psychické a rodinné.

I když je využití TT v rehabilitační léčbě České republiky teprve v počátcích, věřím, že její účinky budou již brzy přijaty do naší společnosti.

Šestitýdenním docházením na kliniku rehabilitačního lékařství Albertov jsem se pravidelně zúčastňovala taneční terapie a především pozorovala své 2 klienty při této terapii.

Předpokládala jsem, že taneční terapie bude mít pozitivní psychický a fyzický vliv na klienty postižené CMP.

Moje hypotéza se u mých klientů potvrdila. Došlo ke zlepšení psychického i fyzického stavu u obou klientů.

U pana M. H. se zlepšila trpělivost jak k sobě, tak i k ostatním pacientům. Došlo k posílení pohybového aparátu, a tím k lepší stabilitě a následně byl zlepšen i psychický stav. Také krátkodobá i dlouhodobá paměť se výrazně zlepšila.

U paní L. M. došlo k nejvýraznějšímu zlepšení v oblasti pohybového aparátu a to tak, že byla schopna chůze bez hole. Dále sama začala nakupovat a zařizovat potřebné věci, kterých se dříve bála. Její sebevědomí se díky TT velice zlepšilo a též i komunikační schopnosti.

Bylo nádherné vidět mé klienty, jak se postupně zlepšují a že si to sami uvědomují. Jejich radost byla i mou radostí..

## 7. Závěr

Cílem této práce bylo ukázat využití taneční terapie v rehabilitaci. Stanovený cíl se mi podařilo splnit a to díky pozitivnímu přístupu klientů.

Dalším mým cílem bylo prostudování literatury, která mi pomohla více proniknout do této problematiky a také mi usnadnila teoretické zpracování daného tématu. Díky mým praktickým zkušenostem, které jsem získala na taneční konzervatoři a také absolvováním základního kursu taneční terapie mi velice pomohlo k sestavení taneční jednotky a jejího praktického využití.

V teoretické části jsem popsala historii, aplikaci, cíle a vliv TT. Touto částí bych ráda připomněla, že touha po pohybu je nám vrozená odnepaměti, a že tímto uspěchaným životem přirozené pohyby, pocity atd. zanedbáváme. Dále také zmiňuji příčiny, průběh a problémy vzniklé CMP.

V praktické části jsem podrobně vyšetřila 2 pacienty po CMP na začátku i na konci denního stacionáře, který trval 6 týdnů. Popsala jsem metodiku taneční terapie. V příloze č. 2 jsem uvedla ukázkou taneční jednotky vhodnou pro tyto pacienty.

Tato práce byla pro mě velkým obohacením. Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost strávit s klienty celé dny, pozorovat je, ale také i terapeuty z různých oborů, jak s takto postiženými klienty pracují. Např. ergoterapeuty, fyzioterapeuty, muzikoterapeutku, atd.

Klinika rehabilitačního lékařství Albertov je velice příjemné zařízení. Hodiny taneční terapie probíhaly v podkroví budovy, která je sloupy rozdělená na tři malé místnosti. Místnost je velice útulná a prosvětlená střešními okny s přímým dopadem světla, ve kterém se klienti cítí velice dobře. Taneční terapeutka chodila na hodiny pečlivě

připravena a velmi citlivě volila taneční pohyby i hudbu, kterou přizpůsobovala aktuálnímu ladění klientů. Vztah klientů a terapeutky byl blízký (pozitivní). Nebyla zde cítit žádná nadřazenost, ani když jim byly sdělovány připomínky. Myslím si, že pro pacienty bylo lehčí provádět předváděné pohyby, než volná improvizace. Velkou roli zde hrál i ostych. Zúčastnit se těchto hodin TT bylo pro mě velkým osobním přínosem a proto bych chtěla poděkovat především taneční terapeutce za vlídné přijetí a vstřícnosti klientů, bez nichž by tato práce nikdy nevznikla..

## 8. SEZNAM LITERATURY

1. Blížková, J.: *Úvod do taneční terapie*, MU, Brno, 1999
2. Carraro, L.: *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*, Rehalb o.p.s., Praha, 2002
3. Gráffová, Ch.: *Koncentrativní pohybová terapie*, Albert, Brno, 1999. ISBN 80-85834-63-4
4. Hromádková, J. a kolektiv: *Fyzioterapie*, H & H, Jihlava, 2002
5. Jebavá, J.: *Kapitoly z dějin tance*, Karolinum, Praha, 1998. ISBN 328-79-98
6. Kratochvíl, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*, Galén, Praha, 1995
7. Parin, V.: *Úvod do lékařské kybernetiky*, Medicína, Moskva, 1967
8. Payneová, H.: *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-213-0
9. *Příruční slovník naučný*, Academia, Praha, 1967
10. Šulcová, Y., Mgr. Obrda, D.: *Vyšetřovací metody*, Mills, Praha, 2002
11. Trojan, S., Druga, R.: *Centrální mechanismy řízení motoriky*, Avicenum, Praha, 1986

## 9. PŘÍLOHY

### Příloha 1

#### Použité zkratky

ADL aktivity denních činností

CMP cévní mozková příhoda

DK dolní končetina

DS denní stacionář

HK horní končetina

IP interphalangeální

kl. kloub

kyč. kyčelní

L levá

l. let

P pravá

PA popis aktivity

r. rok

RK ramenní kloub

str. strana

sv. svaly







TT taneční terapie


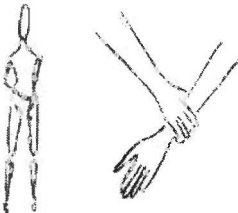
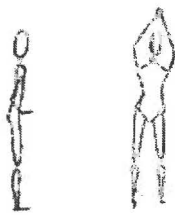
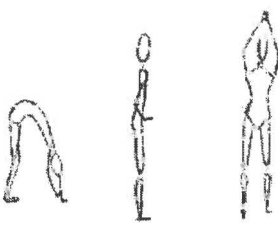
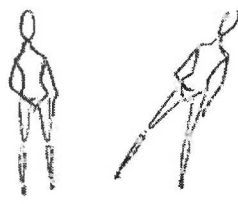
VR vnitřní rotace

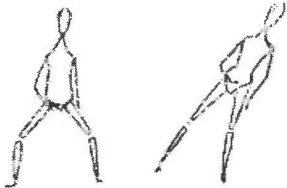

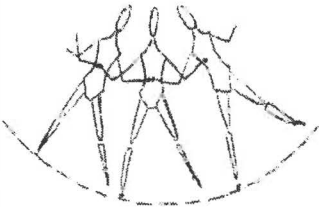
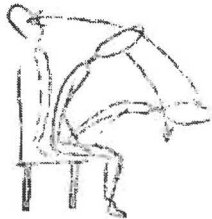
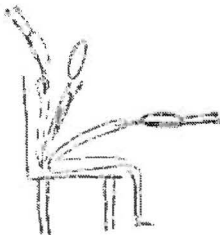
ZP základní postavení


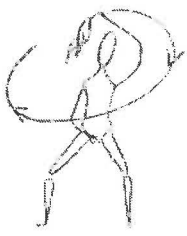
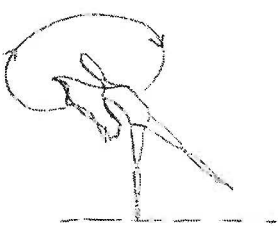
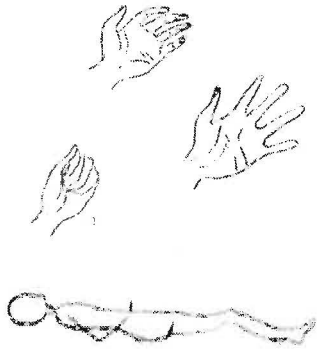
ZR zevní rotace

## Příloha 2 - TANEČNÍ JEDNOTKA

ZNÁZORNĚNÍ	POPIS	CÍL
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – pokrčit upažmo dolů, ruce na břicho</p> <p>PA – dýchání pod ruce – nádech nosem, výdech ústy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uvědomování si napětí v těle</li> <li>- koncentrace</li> <li>- aktivace bránice</li> </ul>
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – připažit</p> <p>PA – přenášení váhy těla vpřed, vzad, vlevo, vpravo, na celých chodidlech</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posílení sv. celého těla</li> <li>- soustředění</li> <li>- poznávání těla</li> </ul>
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – připažit</p> <p>PA – otočit hlavu vlevo a vpravo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protažení flexorů krku</li> <li>- posílení extenzorů krku</li> </ul>
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – připažit</p> <p>PA – kruh hlavou vpravo vpřed, kroužení hlavou vlevo vzad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uvolnění celé krční páteře</li> <li>- aktivní relaxace</li> <li>- rozvíjení sebekontroly</li> </ul>
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – hrudní úklon vpravo</p> <p>PA – kruh hrudníkem vlevo (totéž na druhou stranu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protažení a posílení sv. hrudníku a páteře</li> <li>- udržení stability</li> </ul>
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – úklon trupu vpravo</p> <p>PA – kruh trupem vlevo (totéž na druhou stranu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protažení a posílení sv. celého trupu</li> <li>- zatížení postižené DK</li> <li>- udržení stability</li> </ul>

ZNÁZORNĚNÍ	POPIS	CÍL
	<p>ZP – úzký stoj rozkročný – připažit PA – kruh pánví vlevo vzad (totéž na druhou stranu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posílení břišních a hýžd'ových sv.</li> <li>- udržení stability</li> <li>- zatížení postižené DK</li> </ul>
	<p>ZP – úzký stoj rozkročný – předpažit dolů poníž dovnitř PA – masírování pravou rukou prsty, ruku, předloktí a nadloktí levé končetiny (výměna)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- facilitace postižené HK</li> <li>- uvědomění a zapojení postižené HK</li> </ul>
	<p>ZP – mírný stoj rozkročný – předpažit dolů poníž, spojit dlaně PA – vzpažit dovnitř</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zvětšení rozsahu pohybu v RK na postižené HK</li> <li>- protažení a posílení celých HK</li> </ul>
	<p>ZP – hluboký ohnutý předklon PA – stoj spatný – předpažit dolů poníž, spojit dlaně – vzpažit dovnitř</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uvolnění páteře</li> <li>- + výše uvedené</li> <li>- zapojení postižené HK</li> <li>- koordinace</li> </ul>
	<p>V kruhu ZP – mírný stoj rozkročný PA – přenos – stoj únožný pravou / levou</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uvědomění a zatížení postižené DK</li> <li>- posílení DK</li> <li>- udržení stability</li> <li>- sounáležitost</li> </ul>

ZNÁZORNĚNÍ	POPIS	CÍL
	<p>V kruhu  ZP – podřep rozkročný  PA – přenos – stoj úožný  levou / pravou</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uvědomění si zatížení postižené DK</li> <li>- posílení DK</li> <li>- koordinace</li> <li>- sounáležitost</li> </ul>
	<p>V kruhu  ZP – podřep rozkročný  PA – přenos – stoj úožný  levou – otočit trup  vpravo – obloukem  předpažit levou, zapažit  pravou a opačně –  chůze vpřed a vzad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nácvik pro chůzi se souhybem HK</li> <li>- koordinace</li> <li>- posílení DK</li> </ul>
	<p>V kruhu  ZP – podřep rozkročný –  pokrčit upažmo poníž,  ruce se spojují za zády  sousedů  PA – přenos – stoj úožný  levou / pravou</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- navázání kontaktu</li> <li>- poskytování podpory</li> <li>- pocit bezpečí a důvěry</li> <li>- stát se součástí skupiny</li> </ul>
	<p>ZP – sed roznožný na židli  nebo sed skřižný  pokrčmo, levou přes  PA – klopní pánve vpřed a  vzad s následným  pohybem trupu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojení a uvědomění sv. dna pánevního</li> <li>- ovládnutí je základ pro chůzi</li> <li>- koordinace</li> </ul>
	<p>ZP – sed roznožný na židli  PA – klopní pánve vpřed –  vzpažit, klopní pánve  vzad – obloukem  předpažit, skrčmo  připažit (mohou se spojit  ruce)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koordinace</li> <li>- udržení stability</li> <li>- nácvik pro chůzi</li> <li>- zapojení celého těla do pohybu</li> </ul>

ZNÁZORNĚNÍ	POPIS	CÍL
	<p>ZP – sed zkřížený pokrčmo levou přes</p> <p>PA – imaginární doteky pronikání prostorem, silnější účinek je se zavřenýma očima</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojení pravé hemisféry</li> <li>- poznání sebe v prostoru</li> <li>- seznámení a zpracování emocí a prožitků</li> </ul>
	<p>ZP – stoj nebo podřep rozkročný, vzpažit pokrčmo levou, šátek v levé</p> <p>PA – volná improvizace se šátkem na místě/v chůzi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prostřednictvím šátku vyjadřují emoce</li> <li>- kontakt s předmětem</li> <li>- hledání sám sebe</li> <li>- plynulost pohybu</li> </ul>
	<p>ZP – stoj únožný levou – šátek vpravo čelně vzhůru</p> <p>PA – volná improvizace v prostoru</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojení abstraktního myšlení</li> <li>- zapojení postižené HK</li> <li>- koordinace</li> <li>- vyjádření emocí</li> </ul>
	<p>ZP – leh – prsty uvolněny</p> <p>PA – prsty semknout nebo roztáhnout (takto zpracováváme celé tělo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dynamická relaxace</li> <li>- sebepoznání</li> <li>- zapojení postižených částí těla</li> <li>- izometrické posílení jednotlivých sv. skupin</li> </ul>