

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ZKUŠENOSTI ŽEN S PORUCHOU PŘÍJMU
POTRAVY S TANEČNĚ-POHYBOVOU TERAPIÍ**

Women with Eating Disorders and Their Experience
with Dance Movement Therapy



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Simona Hájková**

Vedoucí práce: **PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.**

Olomouc

2023

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucímu práce PhDr. Marku Kolaříkovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, přívětivý přístup a cenné rady při zpracování. Děkuji také supervizorce PhDr. Lucii Vlček Pelkové, Ph.D. a bývalé spolužačce a kamarádce Mgr. Grétě Pelzové za podporu a praktické připomínky a také všem respondentkám, které se zapojily do výzkumu. V neposlední řadě mé rodině a dceři, kteří byli hnacím motorem při psaní a neutuchajícím zdrojem laskavé péče. Největší dík však patří mému partnerovi Janovi, bez jehož pomoci a trpělivosti by realizace této práce nebyla možná.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Zkušenosti žen s poruchou příjmu potravy s tanečně-pohybovou terapií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Motto

„Poněvadž lidé komunikovali tělem dávno předtím, než se naučili mluvit, dá se považovat jazyk těla v podstatě za náš rodný jazyk“ (Kleinman & Hall, 2005, s. 2).

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Tanečně-pohybová terapie	9
1.1. Vznik tanečně-pohybové terapie	11
1.2. Cíle tanečně-pohybové terapie	13
1.3. Nástroje tanečně-pohybové terapie	14
1.4. Průběh setkání v tanečně-pohybové terapii.....	19
1.5. Role terapeuta	21
1.6. Labanova analýza pohybu	23
1.7. Podobné směry.....	25
1.7.1 Terapeutický tanec	25
1.7.2 Psychobalet.....	25
1.7.3 Primitivní exprese	26
1.7.4 Tanec pěti rytmů	26
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	28
2.1. Historie poruch příjmu potravy.....	30
2.2. Diagnostika poruch příjmu potravy	31
2.2.1 Mentální anorexie	31
2.2.2 Mentální bulimie.....	32
2.2.3 Psychogenní přejídání	33
2.2.4 Méně známé poruchy příjmu potravy	34
2.2.4.1. Syndrom nočního přejídání	34
2.2.4.2. Bigorexie	34
2.2.4.3. Orthorexie.....	35
2.3. Výskyt poruch příjmu potravy.....	35
2.4. Etiologie poruch příjmu potravy.....	36
2.4.1 Věk	37
2.4.2 Pohlaví a hmotnost.....	37
2.4.3 Genetické a rodinné faktory.....	37
2.4.4 Psychické a emocionální faktory	38
2.4.5 Sociální a kulturní faktory	39
2.4.6 Hladina glykémie	39
2.5. Léčba poruch příjmu potravy.....	40

3	TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE S OSOBAMI S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	42
	VÝZKUMNÁ ČÁST	45
4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
	4.1. Výzkumný problém.....	46
	4.2. Výzkumné cíle a výzkumné otázky	47
5	METODOLOGICKÝ RÁMEC	48
	5.1. Typ výzkumu	48
	5.2. Cyklus setkání s tanečně-pohybovou terapií	49
	5.3. Popis základního a výběrového souboru	52
	5.4. Metody získávání dat	54
	5.5. Autorčina osobní zkušenost.....	55
	5.6. Etika výzkumu	56
	5.7. Personální a technické zabezpečení	57
	5.8. Časový harmonogram	57
6	VÝSLEDKY	59
	6.1. Závěrečné tabulky témat	88
7	Diskuze.....	102
8	Závěr.....	114
9	Souhrn	117
	LITERATURA	122
	PŘÍLOHY	128

ÚVOD

Pro závěrečnou diplomovou práci jsem si zvolila téma, které je spojením dvou oblastí v oboru psychologie, na které se specializuji. Problematika poruch příjmu potravy (dále uváděné pod zkratkou PPP) se objevila i v mé bakalářské práci. Tentokrát jsem se rozhodla zkoumat, jak vnímají ženy s PPP tanečně-pohybovou terapii (dále uváděna pod zkratkou TPT). Vzhledem k tomu, že jsem prošla čtyřletým výcvikem v tanečně-pohybové terapii (TANTER) a tříletým Komplexním vzdělávacím programem v psychoterapii pro zdravotnictví se zaměřením na interdisciplinární léčbu psychosomatických syndromů včetně poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění pod odbornou garancí Prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. (E-clinic, z.ú.), rozhodla jsem se v rámci výzkumu vytvořit prostor pro setkávání s respondenty s PPP, kde si můžou bezplatně vyzkoušet tuto expresivní terapeutickou metodu. Na doporučení vedoucího práce PhDr. Marka Kolaříka, Ph.D. jsem si našla supervizorku, konkrétně PhDr. Lucii Vlček Pelkovou, Ph.D.

TPT může nabídnout ženám s PPP prostor pro jejich autentické sebeprojevení, zároveň dává možnost zpracovat si traumatický materiál v bezpečném prostředí vztahu s terapeutem nebo také propojit mysl a tělo.

Sama mám s PPP mnohaletou zkušenost, posledních deset let však již nevykazují symptomy tohoto onemocnění. V průběhu výcviku v TPT jsem si mohla zažít, jak se dá kreativním způsobem pracovat na sebepřijetí a integraci traumatu skrz práci s tělem. Díky této sebezkušenostní části jsem získala hlubší pochopení pro to, jak fungují principy tohoto druhu terapie a jaké benefity může nabídnout mým klientům.

V teoretické části práce se zaměřuji na to, jak vznikla TPT, jaké jsou její cíle, nástroje a jí podobné směry. Dále se věnuji problematice PPP, včetně etiologie a možností léčby, zabývám se problematikou mentální anorexie (dále uváděno jako MA), mentální bulimie (MB) a záchvatovitého přejídání (ZP), což jsou specifické formy PPP. Nakonec zmiňuji dosavadní výzkumy, které řeší vliv TPT na osoby s PPP. Metodologická část se zabývá výzkumnými metodami, výzkumným souborem a čtenář zde najde také výsledky, diskuzi i etické otázky. V rámci výzkumné části jsem vytvořila cyklus čtyř setkání s TPT, kdy každé setkání mělo předem stanovený obsah (terapeutické techniky), avšak pro respondentku nevyplývala povinnost každou technikou projít. Obsah setkání se mohl přizpůsobit aktuálnímu rozpoložení respondentky. Na začátku a týden po skončení cyklu setkávání jsem

provedla s účastnicemi polostrukturovaný rozhovor. V průběhu výzkumu si měly účastnice také vést sebereflexivní deník. Výzkumné nástroje byly doplněny pohybovou analýzou.

Touto prací bych ráda přispěla k rozšíření všeobecného povědomí o TPT a zároveň o jejích přínosech pro osoby s PPP. Získané poznatky bych ráda dále šířila v rámci konferencí zaměřených na interdisciplinární léčbu PPP, veřejných přednášek a workshopů a také v rámci individuálních terapií s klienty.

Přeji si, aby se pro mé klienty tělo stalo domovem, nikoli nepřítelem. Vždyť největším dobrodružstvím je samotný život a je škoda promarnit jej nerealistickým cílem stát se dokonalou verzí sebe sama.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE

Tanečně-pohybová terapie využívá tance a pohybu jako psychoterapeutického či léčebného prostředku. Je založena na ideji propojení těla a mysli a jejich neoddělitelnosti. Základní myšlenka je taková, že se v pohybu těla odráží vnitřní emoční stav a zároveň změna v pohybu může vést k ovlivnění myšlení, cítění a jednání. Tímto způsobem můžeme využít tance a pohybu k podpoře rovnováhy mezi tělem a prostředím, což umožňuje jeho komplexní růst (Bič a kol., 2011, s. 9).

Dá se říci, že kreativní pohyb a tanec je v psychoterapii užíván k dosažení integrace osobnosti pro svoji schopnost vytvořit vztah mezi pohybem a emocemi (Čížková, 2005). Tato integrace probíhá také na kognitivní a sociální rovině (Meekums, 2002).

TPT se řadí mezi tzv. expresivní terapeutické metody, kam patří ještě muzikoterapie, dramaterapie a arteterapie (Bič a kol., 2011).

Expresivní terapie lze považovat za interdisciplinární vědní obory, které vznikly vzájemným ovlivňováním medicíny, psychologie, psychoterapie a uměleckých věd (Vymětal, 2005).

Podle Dosedlová (2005) jsou expresivní terapie odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikací uměleckých prostředků, jež je použita za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Dále TPT řadíme dle Zedkové (2012) mezi tělově orientované psychoterapie nebo terapie uměním (art therapies), neboť tanec je uměleckým vyjádřením.

Tyto metody nám pomáhají redukovat úzkost, uvolnit vrozené tendence a externalizovat neprojevené pocity. Umělecko-pohybové médium nám zde pomáhá vyjadřovat se verbálně i neverbálně. Umělecké prostředky snižují schopnost vědomé kontroly projevu emocí uvědomovaných, ale i těch skrytých za manifestovanou úzkost. Pomáhají k abreakci (uvolnění emoce), a tím jsou zároveň prevencí sociálně méně vhodného chování. Orientují nás na přítomný okamžik a současné prožívání a jednání. Pacient může v TPT lépe poznat své tělo, svůj pohybový styl a jeho souvislost s osobnostními rysy a aktuálním emočním prožíváním. Je důležité v procesu terapie pojmenovávat akce, propojit pohyb, atmosféru, emoce a jejich přesné pojmenování. Pacient má takto možnost uvědomit

si své pocity a struktury chování. Jak již bylo zmíněno výše, integrace je nezbytnou součástí terapie. Skrz rozvoj pohybového repertoáru klienti rozvíjejí pocity jistoty, spontánnost a přizpůsobivost. Vnitřní svět se skrz TPT stává hmatatelným a pocity mohou být bezpečně vyjádřeny (Čížková, 2005).

Jung (in Chodorowá, 2006) mluví o tzv. psychoidní rovině, která je transformativní funkcí nacházející se v hlubinách našeho nevědomí a která zprostředkovává kontakt mezi oblastmi těla a psyché, instinktu a představy. Emoce jsou záležitostí právě této styčné plochy. Emoce jsou fyzické i psychické povahy. Tělesné inervace a výrazové fyzické akce jsou podstatou fyzické stránky, představy a myšlenky stránky psychické. Psychopatologie tyto dvě části odděluje. Přirozeně zakoušená emoce v sobě zahrnuje dialektický vztah – jednotu těla a duše.

Podle Zedkové (2012) se v tanci projevují veškeré neverbální projevy, které mají komunikační potenciál. Jsou to také pohybové akce, jež reflektují vnitřní prožívání a zároveň zkušenost s vnějším světem. Neverbální projevy jsou nositeli významu. Prozrazují mnohé o tom, kdo se pohybuje. Slova a pohyb jsou v tomto vztahu komplementární. V běžném kontaktu všechny tyto informace vnímáme spíše nevědomě, ale naopak v TPT klademe zvláštní důraz na pozorování a popis pohybů. Významy obsažené v tanci získáváme také na základě pohybového dialogu. Neverbální projev člověka vytváří osobitou choreografii, do které se promítá jeho minulost, přítomný okamžik i záměr odkazující na budoucnost. V našem pohybu se odráží naše prožívání, náš vnitřní svět a náš pohyb je také interakcí s okolím ovlivňován. Pohyb vždy ukazuje naše pravé nastavení, zatímco slovy se dá lépe manipulovat (záměrně či nezáměrně). Tanec nás dostává do stavu zvýšené citlivosti, kdy používáme expresivní rovinu pohybu.

TPT je úzce propojená s vyjádřením transformací emocí. Při hluboce vnitřním a na sebe zaměřeném pohybovém procesu se někdy stane, že intenzivní emoce spontánně vyrazí ven. Jindy je možné emoci ztvárnit symbolicky. Každá emoce má svůj duchovní rozměr. Pokud se však emoce potlačují a popírají, mohou tělo omezit a zdeformovat (Chodorowá, 2006).

1.1. Vznik tanečně-pohybové terapie

„Je namístě poznamenat, že s mnoha pacienty nelze pracovat pouze na verbální úrovni, protože existuje velké množství rušivých a obranných mechanismů, které brání v terapeutickém procesu“ (Bič a kol., 2011, s. 33).

Během posledních dekád začalo plošně narůstat povědomí o důležitosti spojení mezi tělem a myslí a o tom, jak toto spojení ovlivňuje lidské chování z hlediska psychologie, somatiky a sociologie. Koncepty embodimentu a naladění se stávají častými tématy napříč literaturou o různých psychoterapeutických a příbuzných disciplínách. Vyvinulo se hlubší pochopení pro propojení fyzické či somatické nemoci (nebo kombinace) s emocemi a jejich ztělesněním. Tělo předává informace – naši emoční historii, která zůstává uložena v našich svalech a dalších fyzických systémech. Tanec a pohyb jsou součástí lidského života již od vzniku jeho kultury. Tanec pomáhá vyjadřovat emoce jako např. radost, hněv, úzkost či smutek. Byl součástí rituálů spojených s významnými životními událostmi a léčebných rituálů, sloužil ke komunikaci mezi lidmi a také byl způsobem, jak se vyrovnat s neuchopitelností života. Tanec a hudba jsou nositeli příběhů a mýtů (Bič a kol., 2011).

Sachs (1963) říká, že tanec je matkou všeho umění. Zatímco hudba a poezie existují v čase a malba a architektura v prostoru, tanec je v prostoru i čase zároveň. Tvůrce a tvorba se stávají jedním. Součástí jsou rytmické vzorce pohybu, plastické vnímání prostoru, živoucí reprezentace skutečného i imaginárního světa. Všechny tyto aspekty má již tanečník v sobě. Tanec se odlišuje od běžného pohybu nejenom svojí estetickou funkcí, ale především výrazem, který nám pomocí komunikačních symbolů a pohybových metafor zprostředkovává informace o prožívání tanečníka. Tanečník nás vtahuje do příběhu a sdílí s námi svoji zkušenost.

Francizka Boasová zdůrazňuje tzv. transformaci neboli změnu v prožívání či určitou extázi, která vzniká naladěním na své pocity, kdy se tanečník dostane do stavu zvýšené citlivosti a taneční gesta jsou symboly pocitů, představ a myšlenek

Sachs (1963) popisuje dva základní druhy tance, a to tanec konvulsivní, takový, který není v harmonickém stavu k tělu, působí, jako kdyby se tělo zmítalo v křečích, může tanečníka dovést k extrémnímu citovému rozrušení, a tanec harmonický, kdy se tanečník pohybuje v rytmu, podupává, poskakuje a celkově je veden k extatickému prožitku z tance.

„Tanečník může v tanci prožívat harmonickou jednotu s vesmírem a vrchol extáze, nebo může ztratit sám sebe v hlubinách zmatku a chaotických pocitů“ (Snyderová, in Bič a kol., 2011, s. 12).

Na počátku rozvoje TPT stojí popularizace moderního tance na začátku 20. století. Tato forma tance zdůrazňovala prožitek a autenticitu pohybu a byla postavena na základech baletu. Balet rozkvétal především v 16. a 17. století ve Francii, Itálii a Rusku, byl populární formou tance u dvora. Tanec se většinou skládal z geometrických forem, které nesly z části symbolický význam, a byl prostředkem socializace. V 18. století došlo v baletu k rozvoji techniky. Klád se důraz na iluzi beztíže, lehkosti a snadnosti. Technika začala převládat nad výrazem a začala se ztrácet hloubka. A jako odpověď na tento trend vznikl moderní tanec. Isadora Duncanová (1877–1927) je považována za zakladatelku moderního tance, přispěly ale také Loie Fuller (1862–1928) či Ruth StDenisová (1879–1968). Vnitřní impuls, soustředěný v solar plexus, který inicioval každý její pohyb, byl pro Isadoru Duncanovou zdrojem pro její vlastní tanec. Inspiraci hledala v přírodě a její tanec reprezentoval jednoduhost a přirozenost (Čížková, 2005).

19. a 20. století přinesly výrazné rozpojení těla a mysli. Psychoterapie se velice striktně zaměřila pouze na verbální stránku, to se však zlomilo v první polovině 20. století. Forma moderního tance vnesla do terapie více expresivity, spontánnosti a kreativity. Poptávka po větší úloze nonverbálních a expresivních aspektů v terapii dala za vznik TPT v 40. a 50. letech minulého století (Levy, 1992).

Dle Kratochvíla (2006) je samotná psychoterapie léčebným působením psychologickými prostředky na nemoc, poruchu nebo anomálii. Její využití je vědomé a plánované, jejím působením se snažíme zmírnit obtíže a dle možnosti odstranit příčiny. V průběhu psychoterapie dochází u klienta ke změnám v chování a prožívání. Psychoterapii může aplikovat pouze kvalifikovaná kompetentní osoba.

TPT se poprvé objevila ve 40. letech 20. století v USA zároveň s terapiemi zaměřenými na tělo. Tento proud vychází z psychoanalýzy, odvolává se na ni a je spojen s moderním výrazovým tancem. Podporuje symbolismus exprese emocí a zážitků. Mezi první taneční terapeutky se řadili samotní tanečníci, kteří byli nadšení z toho, jak působí tanec na zrání jejich osobnosti, a chtěli to dál šířit (Dosedlová & Kantor, 2013).

Mezi význačná jména spojená s TPT patří Franziska Boasová, která v Bellevue v New Yorku pracovala s psychotickými dětmi výše zmíněnou metodou. Dále Marian

Chace, která byla prezidentkou Asociace americké taneční terapie (American Dance Therapy Association; A.D.T.A), založené v roce 1966. Marian Chace je také považována za zakladatelku tohoto terapeutického směru (Dosedlová & Kantor, 2013).

V roce 1977 začala France Schott-Billmannová tradici primitivní exprese, která vychází z TPT a dnes je ve Francii nejvýznamnějším směrem. Další významnou postavou TPT je Laura Sheleenová, jež stála za vznikem symbolické taneční terapie, která je inspirována hlubinnou psychologií C. G. Junga (Blížkovská, 1999).

Dále byla v roce 1993 založena Evropská asociace taneční terapie (A.E.D.T.) jako reakce na rostoucí potřebu platformy pro mezinárodní výměnu informací a zkušeností v tomto oboru (Dosedlová & Kantor, 2013).

V literatuře je možné najít odkazy na využívání pohybových technik v českém psychoterapeutickém prostředí. Jedním z autorů, kteří se okrajově zmiňují o tanci, je například Kratochvíl. Ten také uvádí, že v rámci neverbálních technik se využívá i psychogymnastika, která je spojena zejména se jménem PhDr. Hany Junové. Psychogymnastika kombinuje prvky tance, pantomimy a gymnastiky. V letech 1997–1999 úspěšně proběhl v České republice první tříletý výcvik v TPT pod vedením terapeutů Americké asociace tanečně-pohybové terapie. Další následoval v letech 2005–2007. V roce 2002 byla založena Česká tanečně-terapeutická asociace. Kromě toho se také u nás pořádají kurzy technik zaměřených na tělo, bioenergetiku a již dříve zmíněnou primitivní expresi, která také zahrnuje prvky tance (Čížková, 2005).

Taneční terapie, tanečně-pohybová terapie, psychotanec, psychobalet, choreoterapie, tančena terapie, to jsou všechno názvy, jež se v současnosti ve světě používají pro označení psychoterapeutických směrů, které využívají tanec a pohyb jako psychologické prostředky pro dosažení žádoucí osobnostní změny (Dosedlová & Kantor, 2013).

1.2. Cíle tanečně-pohybové terapie

Pokud nahlédneme do cílů tanečně-pohybové terapie skrze vymezení cílů psychoterapeutických, tak zjistíme, že cílem působení v tanečně-pohybové terapii je symptom jako projev nemoci či zdravotního postižení. Skrze tento symptom se ale dostáváme k samotné příčině. Není proto na místě „zlehčovat“ terapeutické působení v tanečně-pohybové terapii jako čistě symptomatické. (Bič a kol., 2011, s. 29)

Trudi Schoop (dle Čížkové, 2005) stanovila čtyři hlavní cíle TPT:

- a) Identifikace a korekce nedostatečně používaných nebo nevhodně používaných částí těla. Cílem je nasměrovat jednání osoby k funkčním vzorcům a zlepšit tak pohybové schopnosti.
- b) Vytvoření interaktivního vztahu mezi myšlením a tělem, představivost a realitou.
- c) Vyjádření subjektivního emočního konfliktu prostřednictvím fyzického projevu. TPT umožňuje jednotlivcům vyjádřit a projevit emoce a konflikty skrze pohyb, čímž může pomoci přijít na jiné perspektivy a konstruktivně se s nimi vyrovnat.
- d) Zlepšení schopnosti přizpůsobit se prostředí a vnímat sebe sama jako funkční a celistvou lidskou bytost.

Dle Biče a kol. (2011) v rámci individuálních potřeb jedince můžeme u TPT stanovit soubor cílů například v této podobě:

- a) podpora v procesu vnímání svého těla
- b) zapojení většího spektra funkčních částí těla
- c) práce na rozvoji kvalit pohybu a pohybové koordinace
- d) budování vztahu mezi tělem a prostorem
- e) rozvoj pohybového repertoáru
- f) navázání a rozvoj komunikace
- g) rozvoj sociálních vztahů v pohybu
- h) reálné vnímání svého těla
- i) podpora kreativity a spontánnosti
- j) budování vztahu a důvěry atd.

1.3. Nástroje tanečně-pohybové terapie

Jak Lewis et al. (2000, s. 168) tak výstižně uvádějí: „Když člověk začne s terapií, nezačíná pouze rozhovor; vstupuje do somatického stavu vztahovosti.“

TPT poskytuje prostor pro vyjádření a zpracování emocí skrze tělesný pohyb. Terapeut pomáhá pacientům vyjádřit emoce prostřednictvím tance a pohybu, což může vést k osvobození a transformaci těchto emocí. Pacienti mohou pomocí pohybu a propojení

se svým tělem získat hlubší porozumění svému vnitřnímu světu a naleznou cestu, jak se vyrovnávat s různými emocionálními výzvami a stresovými situacemi. Díky pohybovému procesu a reflexi toho, co se v těle děje, mohou pacienti nalézt nový způsob komunikace se sebou i s okolím. V terapii je kladen důraz na vnímání vlastního těla, pohybu a dechu. Terapeut sleduje a podporuje pohybový proces pacienta a pomáhá mu prozkoumat spojení mezi tím, co se děje v terapii, a jeho vlastními zkušenostmi ze života (Čížková, 2005).

Podstatou procesu v TPT je fakt, že se na základě prožitků v těle objevují kognitivní uvědomění. TPT umí transformovat idiosynkratické chování na expresivní chování a zážitky odpojené od emocí přetavit ve smysluplné vyjádření a pochopení, které se může přetavit v dlouhodobou změnu (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Konkretizace, metaforické vyjádření tématu a synchronie pohybu jsou vyzdvihovány Špinarovou Dusbábkovou (in Vybíral & Roubal, 2010) jako podstatné nástroje TPT. Konkretizací chápeme samotné pohybové vyjadřování prožitků a představ v určitém čase a prostoru. To pomáhá klientům lépe porozumět jejich vnitřním obsahům. Metaforické vyjádření tématu neboli přenesení významu na základě podobnosti poskytuje klientům možnost získat větší odstup a nadhled.

Synchronie pohybu neboli společný, souběžný pohyb skupiny lidí podporuje pocit sounáležitosti a zvyšuje skupinovou kohezi.

Jak uvádí Vymětal (1987), kreativita je dalším důležitým faktorem v TPT. Tvořivý proces v pohybu má sám o sobě schopnost sebezpomoci a dokáže působit proti paralyzujícímu účinku strachu a úzkosti. Tyto techniky tedy podporují rozvoj zdravé osobnosti pacienta. Zážitky spojené s uměleckým vyjádřením, jako je uvolnění a aktivizace, jsou často neslučitelné s pocitem úzkosti a strachu. Tvořivý proces pacienta pak vede k otevření žádoucí spontaneity. Samozřejmě může v průběhu terapie dojít k emocionálnímu uvolnění, které je důležité, ale abreakce není hlavním nebo jediným cílem TPT.

Dle Dosedlové a Kantora (2013) TPT používá také další terapeutické techniky, jež jsou společně všem přístupům, které se zaměřují primárně na tělo a pohyb. Tyto techniky zahrnují rozvoj tělesného uvědomění, práci s energií, uzemnění, práci s dotekem, dechem, hlasem a očním kontaktem. Rozvoj tělesného povědomí učí klienta přijímat vlastní tělo jako nedílnou součást sebe sama a jako hodnotný objekt, který si zaslouží pozornost a zájem.

Jde o základní předpoklad efektivní péče o zdraví. Prostřednictvím tělesných technik lze velmi účinně ovlivnit psychický stav klienta.

Prací s energetickými procesy v těle můžeme ovlivnit všechny psychické funkce a dosáhnout harmonie v naší energetické bilanci. Cílem terapeutického působení v pohybové terapii je dosáhnout tohoto vyváženého stavu, který nám umožní svobodně se vyjádřit a žít plnohodnotný život (Lowen, 2002).

Uzemnění (grounding) se v TPT vztahuje k propojení těla se zemí a k pocitu stability a plné přítomnosti v těle. Člověk je dobře uzemněn, pokud je spojen s podložkou, účinně přenáší energii a je schopen udržet si stabilitu a rovnováhu. Uzemnění je důležité pro uvolnění napětí a stresu v těle a pro zlepšení tělesného postavení a podpory. Terapeut vede klienta k uvědomování si vlastních nohou a jejich kontaktu se zemí, důraz klade na rovnoměrné rozložení váhy a správné držení těla. Cílem uzemnění je posílit pocit stability, jistoty a propojení s vlastním tělem a okolím (Vašina, 1999).

V TPT je práce s dotekem důležitou součástí terapeutického procesu, rozhodně však není pravidlem. Dotek může poskytnout klientovi pocit bezpečí, úamini, péče, podpory i jasných hranic. Nicméně vzhledem k intimní povaze doteku je důležité, aby se vždy uskutečňoval s plným souhlasem mezi terapeutem a klientem. Klient je ten, kdo se rozhoduje, zda je pro něj určitý dotek přijatelný. Terapeut by měl vždy používat dotek uvědoměle, tedy vědomě vybírat, kdy, proč, jak, kde a jak dlouho se bude klienta dotýkat s ohledem na fázi terapie a individuální potřeby klienta (Dosedlová & Kantor, 2013).

Psychoterapeutický vztah nemůže být sexuálním vztahem. Je důležité rozumět síle přenosu a dodržovat hranice. Připuštěním sexuálního vztahu by došlo ke zrazení důvěry (Chodorová, 2006).

Dech je důležitým prvkem v TPT, jelikož je úzce spojen s emocionálním prožitkem. Při různých emocích dochází ke změně vzorců dýchání a každý emoční problém se projevuje narušeným dechovým rytmem. Centrování je proces, který pomáhá člověku spojit vlnový rytmus dechu s emocionální dynamikou. Hluboký nádech je efektivní při zmírnění stavů strachu, bezmoci, slabosti a smutku, zatímco práce s výdechem pomáhá při silném sebeovládání, potlačování hněvu a při zvýšeném napětí. Práce s dechem je tedy důležitým nástrojem pro regulaci emocí a dosažení vnitřního klidu (Vašina, 1999).

Oční kontakt (facing) je v TPT důležitým prvkem komunikace a interakce mezi terapeutem a klientem. Oční kontakt je způsob, jakým se navzájem vnímáme a sdílíme naše

pocity a myšlenky. Terapeut věnuje pozornost očnímu kontaktu jako důležitému nástroji pro porozumění a vzájemné propojení s klientem. Při terapeutickém působení je terapeut schopen prostřednictvím očního kontaktu vyjádřit empatii, podporu a porozumění. Vytvářením a udržováním očního kontaktu se klient cítí více slyšený, viděný a respektovaný, což přispívá k posílení terapeutického vztahu a efektivnímu vyjádření emocionálních a vnitřních prožitků (Dosedlová & Kantor, 2013).

Akcentující zvuky a krátké popěvky, které se používají v pohybu, mají pozitivní vliv na uvolnění svalového napětí a zvyšují angažovanost a celkovou expresivitu. Při pohybové terapii se využívá vyjádření pomocí hlasu, který je cenným prostředkem pro expresi emocí a projevení vnitřního života. Hlas je možné využít ke komunikaci, verbalizaci potřeb a přání a také k propojení s ostatními lidmi. Silný a bohatý hlas je znakem vyváženého vnitřního života a ukazuje na schopnost sebeprojevení. Práce s hlasem v pohybové terapii může přinést uvolnění, radost, sílu a zvýšení sebevědomí (Lowen, 2002).

Poslední, ale neméně důležitou technikou, je rytmus, který je nejen neoddělitelnou charakteristikou tance a pohybu, ale také přináší strukturu, vnější i vnitřní řád, tempo a časování. Rytmus v pohybové terapii napomáhá synchronizovat pohyby těla s hudbou nebo s pulsem, což přináší pocit harmonie a celistvosti (Dosedlová & Kantor, 2013).

V TPT je dle Čížkové (2005) možné využít různé metody verbálního zpracování a reflektování prožitků, emocí a myšlenek. Terapeut a klient sdílejí své zkušenosti a společně hledají slovní formulace a interpretace toho, co se v terapii odehrává. Verbální zpracování může zahrnovat rozhovory, diskuse, otázky, vyprávění příběhů nebo psaní deníkových záznamů.

Zde najde čtenář důležité body při verbálním zpracování prožitků dle Graffové (1999):

- 1) Usazení v kruhu by mělo být pohodlné, aby každý viděl každého.
- 2) Účastníky je vhodné povzbuzovat, aby sdělovali zážitky, které pro ně byly během setkání důležité.
- 3) Velmi pozorně naslouchejte obsahu prvních vět sdělení týkajících se tělových prožitků, dokud nezískáte ze sdělení „smyslový obraz“. Následně účastníka přerušte a pracujte s materiálem, který se objevil, pokud ze situace vyplýne, že je vhodné s ním dále pracovat.

Někteří tanečně-pohyboví terapeuti mají názor, že není nutné ihned zpracovávat dané téma. Chaceová například věřila, že když pacient nemůže verbálně vyjádřit symbolickou taneční akci, může problém být zpracován pomocí pohybu samotného. Naopak Boasová tvrdila, že terapeut, který má zkušenost s tancem a pozorováním tance, dokáže intuitivně vnímat pocity a napětí u svých klientů. Přesné významy a výklady jsou však často získány až skrze verbální komunikaci. Nicméně i ta může selhat, pokud se klient vyhýbá konkrétnímu tématu. Další autoři se také staví za použití verbální komunikace během pohybu a spojují TPT s různými psychoterapeutickými přístupy. Pohyb samotný přitom nestačí, jeho smysl vyžaduje i kognitivní komponentu (Čížková, 2005).

Francizka Boasová je jedním z předních tvůrců a propagátorů TPT. Její koncept, nazvaný "Psychomotorické volné asociace během tance", se zaměřuje na vyjádření a prozkoumání vnitřního světa prostřednictvím spontánního pohybu a tance. Boasová též preferovala práci s pohybem se zavřenými očima, protože to povzbuzovalo tanečníky k tomu, aby se plně soustředili na svůj vnitřní prožitek a vnímali pohyb ze svého nitra, nikoli jej předváděli okolnímu světu. Podle Boasové je důležité pohybovat se pouze tehdy, když je vnitřní impuls nebo myšlenka přítomna. Rozlišovala aktivní, vědomě řízený pohyb, který může sloužit jako forma obrany, a pasivní pohyb, ve kterém se tanečníci nechávají vést vnitřními impulsy vycházejícími z nevědomé části sebe (Čížková, 2005).

Další klíčový prvek tanečně-pohybové terapie spočívá v chápání tance jako formy komunikace. V tanci se vztahy stávají zřetelnými díky symbolickému charakteru expresivního pohybu. Tímto způsobem je možné navázat komunikaci i s jedinci, kteří mají potíže s verbální komunikací. Chaceová byla první, kdo tento symbolismus začal využívat (Čížková, 2005).

Tři mezi sebou propojené koncepty – rytmická synchronicita, kinestetické vědomí a kinestetická empatie – reprezentují podklady terapeutického procesu. Tyto koncepty se propojují, aby podpořily rozvoj smysluplných vztahů, které zahrnují spolupráci, posílení a vzájemnost. (Kleinman & Hall, 2005, s. 4)

Rytmická synchronicita je schopnost být naladěný na sebe a své pacienty. To se může projevit pohybem ve stejném rytmu s druhým člověkem (např. chození, společné dýchání nebo mluvení). Když tanečně-pohyboví terapeuti nejsou ve stejném rytmu se svými pacienty, mohou se hýbat příliš rychle nebo pomalu, nabízet příliš složité pohyby nebo mluvit příliš rychle. Tento fakt může u pacientů způsobit to, že se odpojí, pokud jsou

zahlcení. Pokud jsou ale schopni sdílet rytmus vědomým sladěním rytmu s klientem, mohou s ním později také sdílet emoce během procesu.

Kinestetické vědomí je schopnost vnímat své tělo na vnitřní i vnější úrovni. Například tanečně-pohyboví terapeuti mohou udělat intervenci a zároveň se soustředit na své vnitřní prožívání. Pokud se zaměří pouze na jazyk mysli a jsou odpojeni od jazyka těla, jejich intervence mohou reflektovat nedostatek spojení jich samotných se sebou. Proto je možné, že jejich pacienti budou odpovídat se stejnou měrou odpojení od sebe sama. Aby dokázali zprostředkovat svým pacientům zážitky, které jim pomůžou prožívat a „hýbat“ s jejich pocity, musí být nejenom schopni hýbat se na základě vlastních pocitů, ale také chápat, jak to dělat, aniž by ztratili svoji terapeutickou roli v procesu. Především je potřeba vytvoření vhodných hranic, aby bylo možné vyvážit naladění na pacienty, zatímco se zároveň terapeut nalaďuje sám na sebe (Bloomgarden, et. al., 2003).

Kinestetická empatie nám zprostředkovává vidění emočního chování u druhých a jeho okamžité prožívání v našich tělech (Chaiklin & Wengrower, 2016). Kinestetická empatie představuje terapeutovu schopnost pěstovat společné vyjádření terapeuta a klienta.

Dle Pallara (2007) nedávný objev zrcadlových neuronů naznačuje, že schopnost odpovídat na pocity druhého člověka a rozumět jim je ve skutečnosti důsledkem kinestetické empatie.

Zaměření na zprostředkování zážitků, které zpřístupňují jazyk těla a vyjadřování pocitů a myšlenek, jež jsou na pozadí problémů, je podstatnou výzvou pro pacienty s poruchou příjmu potravy. Klíčovým bodem na cestě k uzdravení je, aby zjistili, jak se cítí ve svých tělech. Toto ovlivňuje, jak žijí své životy, zdali dochází k léčbě a zdali je pacient na cestě k naplněnějším, smysluplnějším a produktivnějším životním zážitkům (Ressler & Kleinman, 2006).

1.4. Průběh setkání v tanečně-pohybové terapii

TPT je komplexní a široce pojatý proces, který dle názoru Syrovátkové (in Zedková, 2012) zahrnuje několik aspektů:

- a) přípravný proces a smlouvání o rámci terapie (a případné opětovné smlouvání)
- b) průběh jednotlivých terapeutických sezení
- c) proces mezi jednotlivými sezeními

- d) individuální proces klienta
- e) proces skupiny jako celku
- f) role a procesy samotného terapeuta

Tím, že TPT zahrnuje do své praxe všechny tyto procesy, může efektivně podporovat a usnadnit osobní růst, sebevyjádření a uzdravení klientů.

Kontrakt TPT je klíčový prvek terapeutického procesu. Jedná se o dohodu mezi terapeutem a klientem/klienty, která stanovuje důvody, potřeby, časování, rámce a cíle terapie. Kontrakt odpovídá na důležité otázky:

- a) Proč právě teď? – Tato otázka se zaměřuje na to, proč klient začíná terapii právě v daném okamžiku a co ho k tomu motivovalo.
- b) Proč právě se mnou? – Tato otázka se týká důvěry klienta k terapeutovi a důvěryhodnosti terapeutického vztahu.
- c) Proč právě taneční terapie (nebo jiná forma)? – Tato otázka se zabývá výběrem konkrétní terapeutické metody.
- d) Co je cílem? – Tato otázka se ptá, jak může TPT podpořit klienta v osobním růstu, sebevyjádření a uzdravení.
- e) Jaká pravidla bude terapie mít, aby byla bezpečná pro klienta i terapeuta? – Tato otázka se týká např. pravidelnosti, mlčenlivosti, pravidel absencí, zdrženlivosti nebo dodržování etického kodexu terapeuta (Syrovátková, in Zedková, 2012).

Existuje několik základních fází, které se v TPT běžně využívají. Tyto fáze navrhl Marcia Leventhal a zahrnují:

- a) Zahřívací fázi (Warm up): V této fázi klienti zahřívají své tělo a připravují se na terapeutickou práci. Může se jednat o různá pohybová cvičení, protažení, dýchací techniky nebo jednoduché taneční sekvence. Cílem je probudit tělo a připravit ho na další pohyb a prožívání.
- b) Fázi uvolnění (Release): V této fázi se klienti věnují uvolňování fyzického napětí a emocionálního zatížení. Mohou provádět pohybové aktivity, které pomáhají uvolnit svaly, odstranit napětí a uvolnit emoce.
- c) Fázi tématu (Theme): V této fázi terapeut představuje téma, které se bude v rámci terapie prozkoumávat. Může se jednat o určitou životní situaci, emoční stav, problém nebo téma, které je pro klienta důležité. Klienti jsou

povzbuzování k prozkoumání tématu pomocí pohybu a tance a k hledání vlastních prožitků a výrazových možností.

- d) Fázi soustředění (Centering): V této fázi se klienti soustředí na své vnitřní prožitky. Mohou provádět různé meditace, vizualizace, zvukové cvičení nebo jednoduché pohyby, které jim pomáhají naladit se na své tělo a emoce. Cílem je uvědomit si a prozkoumat vnitřní prožitky a posílit kontakt se sebou samým.
- e) Uzavírání (Closure): V této fázi terapeut ukončuje terapeutickou práci a uzavírá sezení. Může se jednat o sdílení závěrečných myšlenek a pocitů, reflexi terapeutické práce nebo provádění rituálů jako symbolického ukončení (Syrůvková, in Zedková, 2012).

1.5. Role terapeuta

Role terapeuta je zásadním prvkem v procesu TPT. Terapeut vytváří bezpečný prostor pro klienta a vytváří terapeutický vztah, který umožňuje klientovi otevřeně prozkoumat své emoce, prožitky a vzorce chování.

Existují tři základní proměnné, které by měly vztah mezi klientem a terapeutem sytit a nést:

- a) postoj terapeuta – plná akceptace, úcta a vřelost
- b) schopnost porozumění vcítěním, neboli vysoká empatie
- c) osobnostní rysy – autenticita a ryzost (Vymětal, 1987).

Terapeut TPT je důležitý ve své schopnosti být v přítomnosti a v kontaktu s klienty. Je aktivně angažovaný, respektuje individuální potřeby a omezení každého klienta. Dokáže vytvořit respektující, neodsuzující a zdravé terapeutické vztahy. Důvěra a bezpečí jsou základem pro úspěšnou terapii, rovněž je důležité, aby terapeut byl sám v kontaktu se svým tělem a emocemi a vědomě užíval tyto schopnosti ve své práci. Svoji práci vykonává s respektem k etickým principům a s ohledem na svá vlastní omezení a slabiny. Terapie je proces vzájemného učení a růstu, ve kterém terapeut i klient společně objevují nové přístupy, způsoby projevu a možnosti změny (Syrůvková, in Zedková, 2012).

Tanečně-pohyboví terapeuti pracují rovnou s pocity a používají celé tělo jako empatické receptory a respondenty na pacienta. Zdokonalování jejich rodného jazyka do podoby terapeutických schopností poskytuje terapeutům možnost spontánně přetvořit

jazyk těla klientů do smysluplných interakcí. V podstatě se učí důvěřovat své vrozené schopnosti empatie, autentických odpovědí a překládání nonverbálních zážitků na kognitivní vhledy. Odpovídání na pacientovy nonverbální signály, včetně tónu hlasu, výrazu tváře, pohledu do očí a pohybu těla, může odhalit jinak skryté změny ve stavu mysli a těla (Chaiklin & Wengrower, 2016).

„Rezonování s těmito projevy primárních emocí vyžaduje, aby terapeut tyto emoce skutečně prožíval, nejenom chápal jako koncepty“ (Siegel, 1999, s. 290).

Terapeutova vlastní zkušenost s embodimentem, schopnost dostat se k nevědomému materiálu a schopnost „bytí v těle“ je součástí jeho vnímání sebe sama a hraje důležitou roli v léčivém procesu (Kleinman, 2004).

„Když jsem v kontaktu sama se sebou, s mými emocemi, myšlenkami, s tím, co vidím a slyším, stávám se více integrovaným já. Jsem více kongruentní, jsem celistvější a dokážu jít lépe do kontaktu s druhým člověkem“ (Satir, V., 1987, s. 27).

Tanečně-pohyboví terapeuti ulehčují proces tím, že zvou klienta, aby si začal všimnout svých jinak umrtvených nebo příliš kontrolovaných vjemů, impulsů a přirozených pohybů a aby tyto pohyby vědomě ztělesnil. Toto se může stát součástí skupinové terapie, individuální, rodinné nebo párové. Klienti jsou často vyděšení z propojování se s emocemi, stejně jako z hýbání tělem expresivním způsobem, a ne cvičením nebo stylizovanými pohyby. Lépe se zapojují, když kognitivně chápou, v čem je terapie dobrá pro uzdravení, co se od nich bude čekat a že jejich vklad je důležitý pro terapii. Terapeut proto poskytuje lehký přehled (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Vzdělávání a supervize jsou také důležitou komponentou. Terapeut se neustále rozvíjí, zdokonaluje své dovednosti a reflektuje svou práci, aby mohl poskytovat efektivní a kvalitní terapeutickou podporu svým klientům (Syrovátková, in Zedková, 2012).

Všechny aspekty terapie jsou ovlivněny sebepoznáním terapeuta. Pokud terapeut není schopen vnímat protipřenosové reakce, identifikovat osobní zkreslení a slepá místa, nebo využívat své vlastní fantazie a pocity při práci, jeho schopnosti budou omezené (Yalom, 1999).

Je důležité, aby terapeut měl kombinaci terapeutického vzdělání a zkušeností v oblasti pohybu, tance nebo pohybového divadla. Je vhodné, aby měl bohatý repertoár pohybových vzorců a schopnost vyjadřovat se prostřednictvím pohybu. Terapeut by měl také umět naslouchat signálům a impulsům, které přicházejí z těla, a reagovat na ně. Terapeut

by se měl snažit opakovaně prožívat různé pohybové projevy, aby si je osvojil a mohl je kdykoli využít. Měl by být vybaven širokou paletou pohybových dovedností, které může aplikovat při práci s klienty. Také je důležité, aby terapeut byl otevřený k neustálému učení a zdokonalování svých dovedností a znalostí v oblasti TPT (Čížková, 2005).

Péče o sebe sama má mnoho podob a může se lišit i v závislosti na konkrétní situaci či okolnostech. Je to individuální proces, který terapeut může průběžně upravovat a přizpůsobovat svým potřebám. Nejlepší je, když terapeut experimentuje s různými způsoby péče o své somatické já a vybere postupy, které mu nejlépe vyhovují a které mu dodávají energii a rovnováhu v terapeutickém procesu (Srovátková, in Zedková, 2012).

1.6. Labanova analýza pohybu

Naše historické chápání pohybu a jeho expresivních kvalit má vliv na vnímání významu pohybu. V rámci terapie je způsob vnímání pohybu ovlivněn teoriemi o dětském vývoji, psychoanalytickou teorií, ale také přístupy k choreografickým záznamům pohybu a výzkumy týkajícími se nonverbální komunikace. Dále teorii a praxi TPT ovlivňuje kulturní kontext chápání těla a jeho pohybu. Terapeut by měl mít na paměti lidské rozdílnosti a dokázat se naladit na demograficky se měnící populaci (Čížková, 2005).

Existují dva hlavní způsoby, jak poznávat pohyb, oba jsou spolu úzce spojeny. Prvním je pozorování pohybu. Když sledujeme pohyb, aktivují se nám v mozku příslušná pohybová centra. Za to jsou zodpovědné tzv. zrcadlové neurony (mirroring neurons). Čím větší je naše zkušenost se zrcadlovými neurony, tím větší je aktivace a o to více můžeme porozumět vnitřnímu obsahu tohoto způsobu pohybu. Zde se propojuje první způsob s druhým, kterým je zkoušení pohybu na sobě (a v sobě samých). Nelze skutečně porozumět něčemu, co jsme nezkusili sami na sobě. Nemusíme mít ve vlastní zkušenosti přesně to, co člověk v pohybu dělá, ale jak se pohybuje (Zedková, 2012).

TPT rozvinula Labanův systém analýzy pohybu. Ten popisuje jednotlivé komponenty způsobu, jak člověk nakládá se svým tělem, silou, váhou a energií ve vztahu k prostoru a času, jak svůj pohyb tvaruje. Analýza pohybu se užívá také v psychodiagnostice, antropologii, herectví nebo tanci. Analýza pohybu sleduje, které části těla používá klient často, které stále a které vůbec nepoužívá, jak kombinuje zapojení jednotlivých částí těla, kolik prostoru si pro sebe v pohybu bere. Celkově se dá říci, že tento systém pomáhá rozvíjet jasnost a jednoznačnost pohybu, vytvářet široký pohybový repertoár, zacházet s širokou

škálou kvality pohybu u různých pacientů a širokou škálou chování, umožňuje lepší porozumění významu pohybu, integruje vědecké a umělecké aspekty, zlepšuje kinestetické vědomí sebe sama (Čížková, 2005).

Z Labanovy analýzy pohybu dále vychází Pohybový profil podle Kestenberg (Kestenberg Movement Profile, KMP) a Základy podle Bartenieff (Bartenieff fundamentals, BF). TPT terapeutovi tyto nástroje pomáhají ke strukturovanému a diferencovanému pozorování a zaznamenávání neverbálního chování, dále k diagnostice, stanovení cílů terapie, vytváření pracovních hypotéz či k interpretacím a jiným intervencím (Zedková, 2012).

Mezi kvality, které z analytického hlediska v pohybu hledáme, patří plynutí, váha, čas a prostor.

- a) Plynutí – plynulost – je více či méně přítomna v celkovém projevu každého jedince, ať už v klidu, nebo v pohybu. Souvisí s dýcháním a harmonickou rovnováhou mezi napětím a uvolněním v těle. Dělí se na plynutí volné a plynulé.
- b) Váha – dělí se na lehkost (jemnost v pohybu i v doteku) a sílu (souvisí se schopností mít vliv a s využíváním váhy ve vztahu k okolí).
- c) Čas – dělí se na zadržovaný (aktivní užívání si času) a náhlý (okamžité rozhodnutí pro akci využívané např. při úsilí či bojové aktivitě).
- d) Prostor – dělí se na nepřímý (patří sem nezaměřená pozornost, má expanzivní charakter, nemusí být zaměřený směrem k cíli) a přímý (přesně vedený, usměrněný, jde k cíli) (Čížková, 2005).

Laban zredukoval pohyby, kterých je lidské tělo schopno, na osm základních „úsilí“. Každý z nás je dělá různými způsoby na denní bázi, i když se často stává, že preferujeme např. pouze dvě oblasti úsilí a do jiných se nepouštíme. Tlačení (pressing) – přímé, zadržené, silné; oprašování (flicking) – nepřímé, náhlé, lehké; kroucení (wringing) – nepřímé, zadržené, silné; ťukání (dabbing) – přímé, náhlé, lehké; švihání (slashing) – nepřímé, náhlé, silné; přímé klouzání (gliding) – přímé, zadržené, silné; udeření (punching) – přímé, náhlé, silné; vznášení se (floating) – nepřímé, zadržené, lehké (Newloveová & Dalby, 2016).

Tvar popisuje, jak tělo vyplňuje prostor pohybem. Patří sem tvar vztahující se k tělu samotnému – tzv. tělesný modus – je patrný především u dětí, není zde důležitý směr. Můžeme sem zařadit vlnění, kutálení, pohyb prsty, kroužení hlavou, dotyk – taktilní vjemy,

ruka se dotýká předmětů, těla, dále sem patří také cucání palce. Tvar a jeho změny vztahující se k vnějšímu prostředí – sem patří přímý pohyb (je orientovaný na cíl, jedinec zaměřuje pohyb směrem na určitý, konečný bod, jde přes prostor) a tvarování (pohyb se tvaruje během svého procesu, jde o situace, kdy se jedinec vztahuje k druhému) (Čížková 2005).

1.7. Podobné směry

V následujícím textu se podíváme na několik podobných přístupů, které pracují s tancem jako s nástrojem léčení. Konkrétně se bude jednat o terapeutický tanec, psychobalet, primitivní expresi a tanec pěti rytmů.

1.7.1 Terapeutický tanec

Terapeutický tanec je většinou praktikován talentovanými a zdatnými učiteli tance, kteří neabsolvovali výcvik v taneční a pohybové terapii, ale pracují v institucích, jakými jsou např. školy, vězení atd. Mezi taneční a pohybovou terapií a terapeutickým tancem existují přesahy, které umožňují jejich vzájemné obohacení. (Meekums, 2002, s. 6–7)

Terapeutický tanec bývá více strukturovaný, nevyužívá tak často improvizace, může pracovat s daleko větším počtem účastníků než TPT, má podobu spíše taneční výuky, taneční pedagog nemusí procházet supervizí, terapeutický tanec spíše akcentuje relaxaci a zábavu před nepříjemnými emocemi a nemusí používat verbalizaci (Meekums, 2002).

1.7.2 Psychobalet

Zakladatelkami tohoto směru jsou dětská psycholožka Georgina Fariñas z Havany a kubánská baletka Alicia Alonso. Tato metoda se začala využívat od roku 1973 na Kubě v rámci léčby dětí s poruchami chování. Díky dobrým výsledkům se tato metoda začala rozšiřovat do dalších léčebných center. Psychobalet propojuje základní baletní průpravu např. s pantomimou, muzikoterapií nebo autosugescí. Vše lze následně propojit do choreografie, což je považováno za motivační. Někteří terapeuti potom s choreografií vytvářejí celé představení a jdou s ním do divadelních prostor. Tato metoda je přínosem nejen z hlediska terapie, ale používá se i pro rozvoj psychomotorické koordinace. Pomáhá ke správnému držení, ovládnutí a koordinaci těla (Blížkovská, 1999).

1.7.3 Primitivní exprese

Za rozvojem této metody stojí Francouzka France Schott-Billmann, která navázala na práci tanečnice a etnoložky Katherine Dunham. Dunham ji vytvořila inspirována tradičními kmenovými tanci a jinými původními rituály. Součástí skupiny byl haitský tanečník HERN Duplan, který tento styl přenesl v r. 1970 do Francie (Blížkovská, 1999).

Primitivní exprese probíhá ve skupině za přítomnosti bubeníků a lektora, který vede účastníky jasnými pokyny. Setkání mají jasně danou strukturu, pohybové vyjádření vychází z jednoduchosti tanců a písní preliterárních společností. Proto se pojí s názvem „primitivní“ (Bič a kol., 2011).

Terapeutickými prvky primitivní exprese jsou skupina, kde se soustředí hlavně na skupinovou kohezi a pocit bezpečí, rytmus, vztah k zemi – nejdříve tanečník přebírá rytmus nohama, energicky přešlapuje a tepe zem, cítí sepejetí se zemí, že se o ni může opřít a získat její podporu, říká jí Matka Země, jednoduchost pohybů – odvíjí se od prosté chůze, opakování – indukuje změněný stav vědomí – trans, taneční variace přesně zadávané terapeutem – terapeut může vystupovat v roli matky nebo šamana, klient si může odpočinout sám od sebe, jelikož následuje přesné instrukce a oddává se, hlasový doprovod – terapeut může zadávat jednoduché zpěvní a rytmické fráze, které účastníci opakuji, binarita – pohyby jsou identické, symetrické nebo komplementární, zážitek transu – zrychlující se rytmus bubnů, opakování kroků a gest a radostná atmosféra ve skupině vedou k lehké změně vědomí. Dalšími prvky jsou hra s transgresí – hřejivá atmosféra umožňuje přehrávat i vážné jevy s nadhledem a humorem, sublimace – tanečníci se snaží zdokonalovat své pohyby, přiblížit se svému ideálu a dosáhnout krásy, vkládání jednotlivých terapeutických prostředků do rituálu – primitivní exprese je zároveň skupinovou slavnostní a zároveň symbolickou psychoterapií. Nabízený rituál v sobě obsahuje metaforu zobecněné lidské zkušenosti, poskytuje také bezpečí pevně daných hranic a umožňuje řídit a strukturovat uvolněnou energii (Blížkovská, 1999).

1.7.4 Tanec pěti rytmů

Za vznikem Tance pěti rytmů stojí Američanka Gabrielle Roth, která tuto formu tance vnímá jako určitý druh šamanismu. Tanečník improvizuje mezi pěti rytmickými strukturami: plynutím, staccatem, chaosem, lyrikou a klidem. Tanečníci tančí na předem

připravený hudební doprovod, který spolu s pohybem vytváří tzv. vlnu, kdy se jemnější pohyb postupně zintenzivňuje a následně zase zmírňuje a zpomaluje (Meekums 2002).

Dle Roth (2012) je plynutí rytmem ženských mystérií, staccato zkoumá mužské kvality, chaos tyto kvality integruje, lyrika je rytmem transu a seberealizace a v klidu, matce všech rytů, hledáme útočiště v prázdnotě.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Každý z nás má určitý obraz o svém těle, který nemusí vždy odpovídat realitě. Tento subjektivní pohled je ovlivněn celkovým vztahem ke své osobě. I když jsme schopni přesně popsat postavu jiné osoby, obraz vlastního těla může být zkrácený našimi emocemi, obavami nebo přáními. Vidíme se tací, jací bychom chtěli být, nebo jací se obáváme, že jsme. Naše sebepojetí, včetně našeho tělového schématu, je často rigidní. Jakákoli změna může být citlivě prožívána, zásadní proměna může vyvolat pocit ohrožení a vést ke ztrátě sebejistoty. Někdy může určitý obraz našeho těla přetrvávat, i když už neodpovídá skutečnosti. (Vágnerová, 2012).

Dospívání, období významných tělesných změn, je klíčovou fází v rozvoji sebepojetí. Jak jedinec vnímá tyto změny, se mnohdy liší. Hodnocení tělesných změn je ovlivněno individuální představou o atraktivitě dospělého vzhledu, psychickou zralostí jedince a sociálními reakcemi, které tyto změny provázejí. Dospívající může být na své dospívání hrdý, ale může ho také považovat za nepříjemné a stydět se za něj. Adaptace na změněné tělové schéma a přijetí nové identity je proces, který trvá určitou dobu. Tělesné změny mohou být vnímány jako nepříjemné podněty, které by bylo lepší eliminovat nebo jejichž vývoj by bylo lepší zpomalit. Tělesná proměna spojená s dospíváním může znamenat ztrátu jistoty a dospívající se může různými způsoby bránit. Může popírat realitu, zkracovat ji nebo se jí snažit změnit. Například dívka může přestat jíst, což vede k ztrátě typických ženských rysů jejího těla (Vágnerová, 2012).

Poruchy příjmu potravy jsou psychiatrickou diagnózou, která v některých případech vede až ke smrti. Strach z obezity a s ním spojené abnormality v jídelních návycích tvoří základní psychopatologii tohoto onemocnění. Další symptomy, které se vyvíjejí z této patologie, se liší v závislosti na typu poruchy příjmu potravy (Navrátilová & Kalendová, 2019).

Poruchy příjmu potravy (PPP) lze chápat jako kontinuum patologických stravovacích návyků, které sahají od nejzávažnějších forem, jako jsou anorexia nervosa (AN) a bulimia nervosa (BN), až po psychogenní a noční přejídání a s nimi spojenou obezitu. Toto onemocnění je ovlivněno mnoha faktory a je důležité ho posuzovat a léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu. Diagnóza je snadno stanovitelná u pacientek nebo rodin,

kteře jsou ochotné spolupracovat. Největší výzvou pro odborníky je však skrývání celé problematiky nebo některých symptomů (např. zneužívání projímadel) jak ze strany pacientek, tak často i jejich okolí, a odmítání adekvátní pomoci. Nejčastější příčinou je stud a strach ze stigmatizace (Papežová, 2010).

I když název „poruchy příjmu potravy“ implikuje, že se tyto poruchy tématicky točí kolem jídla, ve skutečnosti by měly být nazývány spíše emočními poruchami, protože jedinec se obrací k jídlu jako k náhradě řešení svých emočních problémů. PPP jsou také považovány za poruchu adaptace, jelikož jedinec se s touto nemocí nerodí, nemoc se vytváří v průběhu života, zejména v adolescenci. Během normálního vývoje se jedinci učí, jak si vytvořit adekvátní sebevědomí, jak správně zvládat své emoce a impulsy a jak se bránit před toxickými emocemi. Pokud tyto dovednosti nejsou z nějakého důvodu (například kvůli patologickým nebo jinak narušujícím zkušenostem) vyvinuty, často se objevují jiné neadekvátní obranné strategie. PPP lze chápat jako projev těchto neadekvátních strategií. PPP mohou postupně ovládat myšlení, vnímání a emoce jedince do takové míry, že celoživotně zasahují do kvality života nemocného. Tyto nemoci mohou ohrožovat kvalitu vztahu k sobě, vztahů k druhým lidem, kvalitu studia a práce (Krch, 2016).

PPP mohou mít častější chronický průběh, který je způsoben vyhýbáním se psychologicko-psychiatrické péči (časná intervence). U dlouhodobě a chronicky nemotivovaných jedinců jsou vyhlídky na uzdravení nepříznivé, jedná se spíše o péči na paliativní úrovni a je důležitá multidisciplinární péče. V takovém případě je důležitá multidisciplinární spolupráce. Vzhledem k závažnosti onemocnění je u PPP častý relaps, který se vyskytuje až v 50 % případů. Z longitudinálních studií však vyplývá, že se více než 60 % nemocných nakonec vyléčí (Papežová & Hanusová, 2012).

Průměrný věk, jehož se jedinci s PPP dožívají, je 25 let. Nejčastějším důvodem smrti je srdeční selhání, sebepoškození, sebevražda, abúzus alkoholu, nadměrné užívání laxativ a diuretik (Navrátilová & Kalendová, 2019).

Co se týče komorbidních onemocnění z hlediska výskytu, výčet je následující: spektrum úzkostných poruch 69 %, sociální a jiné fobie 44 %, PTSD 28 %, specifické úzkostné poruchy 28 %, poruchy osobnosti 69 %, afektivní poruchy 49 %, spektrum závislostí 22 %, autismus 20 % a ADHD 17 % (Papežová a kol., 2018).

2.1. Historie poruch příjmu potravy

Od doby starověku jsou zaznamenány různé formy narušeného příjmu potravy. Hippokrates, který žil v 5. století před naším letopočtem, se ve svých spisech zmiňuje o poruchách příjmu potravy, které nazývá asithia. Galén, který žil ve 2. století našeho letopočtu, jako první použil termín anorexie. V literatuře se také uvádí, že princezna Margareta Maďarská (1045-1093) mohla trpět anorexií, ale tento údaj není spolehlivě ověřen. Jsou zde záznamy z období středověku o extrémním samoindukovaném hladovění, které často vedlo k předčasnému úmrtí hladem, např. Sv. Kateřina ze Sienny. Deprivace potravy byla vnímána jako duchovní praxe. Někteří současní autoři nazývají tyto postupy hladovění „svatou anorexií“. Motivace pro tento druh hladovění se zdá být odlišná od touhy po štíhlosti, která dnes dominuje diskusím o PPP (Faltus, in Papežová, 2010).

V 60. letech minulého století se modelka Twiggy stala nedostižným ideálem krásy a anorektická postava se brzy stala vzorem i pro běžnou populaci. Specializovaná zařízení pro léčbu PPP začala vznikat od roku 1979, od 90. let se začaly realizovat preventivní a podpůrné programy zaměřené na PPP. Odborná veřejnost se snaží poukázat na nebezpečí plynoucí z těchto poruch a zvýšit povědomí o nich, zároveň se začal realizovat výzkum v oblasti PPP (Navrátilová a kol., 2000).

Od roku 1963 se na pražské 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy začali věnovat studiu mentální anorexie. V roce 1977 František Faltus publikoval monografii „Řekni mi, co jíš“ a v roce 1979 v rámci Thomayerovy sbírky vydal obsáhlejší publikaci s názvem „Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba“. V roce 1983 byla na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze založena Jednotka specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu, byla první svého druhu ve střední a východní Evropě. V celoživotním díle Františka Faltuse pokračuje profesorka Papežová, která publikovala řadu článků a odborných monografií. Z dalších autorů, kteří se zasloužili o uvedení PPP do povědomí odborné i široké veřejnosti, pozornost patří především práci Františka Davida Krcha (Faltus, in Papežová, 2010).

Britský lékař Gerald Russel definoval bulimii v roce 1979, popsal její příznaky včetně strachu z tloušťky, zvracení a zneužívání různých preparátů k vyvolání zvracení nebo pročištění. Našel mezi MA a MB řadu podobností a došel k názoru, že bulimie je tedy pouze

odlišnou formou mentální anorexie. V roce 1987 byla bulimie uznána Světovou zdravotnickou organizací jako samostatná diagnóza (Navrátilová a kol., 2000).

2.2. Diagnostika poruch příjmu potravy

PPP a jídelního chování jsou psychické poruchy, které se vyznačují narušením stravovacího chování a vedou k abnormalitám ve výživě. Tyto poruchy mohou mít za následek změnu konzumace či absorpce jídla a nesou s sebou významné funkční narušení v psychosociální oblasti nebo v oblasti tělesného zdraví. Diagnostická kritéria jsou stanovena pro poruchy pika, ruminační poruchu, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenní přejídání (American Psychiatric Association, 2015).

2.2.1 Mentální anorexie

Dívky s mentální anorexií prožívají hluboké ohrožení a úzkost v situacích, kde by jiní lidé nacházeli slast a relaxaci, jako je například jídlo, sexualita nebo prostá pasivita. Tyto pocity se snaží potlačit tím, že zesilují své kontrolující a asketické chování (Kocourková, 1997).

Diagnostická kritéria dle American Psychiatric Association (2015):

- a) Omezení energetického příjmu navzdory potřebě vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti vzhledem k věku, pohlaví, vývojovému stádiu a duševnímu zdraví. Výrazně nízká hmotnost je definována jako hmotnost, která je nižší než minimálně očekávaná.
- b) Intenzivní obava z přibírání na váze, obava ze ztloustnutí, nebo dlouhodobé chování, které ovlivňuje přibývání na váze, a to i v případě výrazně nízké hmotnosti.
- c) Jsou pozorovány poruchy v zakoušení vlastní tělesné hmotnosti nebo postavy, nepatřičný vliv tělesné hmotnosti nebo postavy na sebevědomí jedince, nebo přetrvávající nedostatek sebereflexe s ohledem na závažnost stávající nízké tělesné hmotnosti. (s.357-358)

Restriktivní typ (F50.01) se vyznačuje projevy, při nichž je ztráta hmotnosti dosahována především dietami, půstem a/nebo nadměrným cvičením. Během předchozích tří měsíců se u jedince opakovaně nevyskytovaly záchvaty přejídání, purgativní chování nebo zneužití projímadel, diuretik či klystýrů.

Purgativní typ (F50.02) se vyznačuje opakovanými záchvaty přejídání nebo purgativního chování, jako je například vyprovokované zvracení nebo zneužití projímadel, diuretik či klystýrů, které se vyskytlo během předchozích tří měsíců (American Psychiatric Association, 2015).

Na začátku mentální anorexie není nechutenství, ale potřeba ovládnout hlad a dokázat si vlastní sílu. Hladovění přináší snížení úzkosti a dobrý pocit ze sebeovládání. Pokud žena s mentální anorexií překročí sebou stanovený limit příjmu jídla, propadne panice. Vzniká závislost na pocitu hladu (Vágnerová, 2012).

Při dlouhodobých projevech nemoci se pacienti mohou stát zcela posedlými tématem jídla, což může vést ke ztrátě logického uvažování. I když je organismus vyčerpán hladověním, pacienti s touto nemocí často pokračují v sebedestruktivním chování, aniž by je komorbidní zdravotní komplikace zastavily. Často vyžadují klid při jídle, aby se necítili pod dohledem. Jsou schopni u stolu prosedět hodiny (Rodríguez et al., 2004).

2.2.2 Mentální bulimie

Diagnostická kritéria dle American Psychiatric Association (2015):

- a) Opakující se epizody psychogenního přejídání. Záchvat přejídání se vyznačuje následujícími znaky:
 1. Konzumace, v krátkém čase (např. během dvou hodin), takového množství jídla, které je rozhodně větší, než by většina lidí zkonsumovala v podobném čase a za stejných podmínek.
 2. Pocit nedostatku kontroly nad jídlem během záchvatu přejídání (např. jedinec nemůže přestat jíst nebo kontrolovat sám sebe v tom, co nebo kolik toho sní).
- b) Opakující se nevhodné kompenzační chování s cílem zabránit přibývání na váze, jako je například vyvolání zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, držení půstu nebo nadměrné cvičení.
- c) Psychogenní přejídání a nevhodné kompenzační chování se opakují v průměru nejméně jednou týdně po dobu tří měsíců.
- d) Sebekritické hodnocení vlastní postavy a váhy.
- e) Porucha se nevyskytuje výlučně během epizod mentální anorexie. (s. 364-365)

U mentální bulimie rozlišujeme tři stupně aktuální závažnosti: mírná – pacient vykazuje 1 až 3 epizody nevhodného kompenzačního chování za týden, středně těžká –

4 až 7 epizod za týden, těžká – 8 až 13 epizod za týden a extrémně těžká – 14 a více epizod za týden (American Psychiatric Association, 2015).

Dívky s jakoukoli PPP mají některé společné osobnostní rysy, jako je nízké sebehodnocení, nejistota a závislost na názoru jiných lidí. Nicméně, míra sebekontroly a schopnosti ovládat příjem potravy se může lišit. Pro bulimičky je typická impulzivita a neschopnost sebeovládání. Rády by vyhladověly, ale na rozdíl od anorektických pacientek toho nejsou schopny. To v nich vyvolává pocity viny, studu i vzteku na sebe samé. Vědí, že nemají silnou vůli, a vadí jim to. Často se cítí znechucené vlastním jednáním a zároveň bezmocné, protože je jim jasné, že se všechno bude znovu opakovat. Bývají emočně labilní a pocit selhání posiluje prožitky, deprese a úzkosti. Dívky s mentální bulimií bývají zvýšeně citlivé i na běžné výkyvy v mezilidských vztazích. Jejich nejistota se projevuje i v této oblasti (Vágnerová, 2012).

2.2.3 Psychogenní přejídání

Diagnostická kritéria podle American Psychiatric Association (2015):

- a) Opakující se záchvaty přejídání. Záchvat přejídání se vyznačuje oběma následujícími kritérii:
 1. Konzumace, v krátkém čase (například během dvou hodin), takového množství jídla, které je rozhodně větší, než by většina lidí byla schopna zkonsumovat za takto krátkou dobu a za stejných podmínek.
 2. Pocit nedostatku kontroly nad jídlem během záchvatu přejídání (např. jedinec nemůže přestat jíst nebo kontrolovat se v tom, co nebo kolik toho sní).
- b) Záchvaty přejídání mají tři (nebo více) z následujících znaků:
 1. Jedinec jí mnohem rychleji, než je obvyklé.
 2. Jedinec jí do té doby, než se začne cítit přeplněný.
 3. Jedinec sní veliký objem jídla, i když nepocítuje hlad.
 4. Jedinec jí o samotě, protože je mu trapné, kolik jídla zkonsumuje.
 5. Jedinec se následně cítí znechucen sám sebou, depresivně nebo velmi provinile.
- c) Značná nepohoda související s psychogenním přejídáním.
- d) Psychogenní přejídání se vyskytuje v průměru nejméně jednou týdně po dobu 3 měsíců.
- e) Psychogenní přejídání se nevyskytuje současně s jiným nevhodným kompenzačním chováním, jako je tomu u mentální bulimie, a nevyskytuje se výhradně během průběhu mentální bulimie nebo mentální anorexie. (s. 369-370)

U psychogenního přejídání rozlišujeme tři stupně závažnosti: mírná – 1 až 3 záchvaty přejídání za týden, středně těžká – 4 až 7 záchvatů přejídání za týden, těžká – 8 až 13 záchvatů přejídání za týden, extrémně těžká – 14 a více záchvatů přejídání za týden (American Psychiatric Association, 2015).

2.2.4 Méně známé poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání jsou nejrozšířenějšími typy PPP a jsou dobře známé v populaci. V poslední době se však objevují méně známé PPP, které zatím nejsou zahrnuty v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN).

2.2.4.1. Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání je porucha, při které se člověk budí ze spánku a není schopen dále usnout, aniž by něco pozřel. Dochází k přejídání vysoce kalorickým jídlem a nutkání se nedá ovládnout. Zpravidla bývá způsobeno narušením přirozeného cyklu spánku a bdění a načasováním stravování. Po ránu se člověk budí nasycený, ale v noci se budí hladový. Známe dva typy syndromu nočního přejídání, které se liší příčinou. U prvního typu je na vině porucha spánku (parasomnie), kvůli které si jedinec záchvaty nočního přejídání nepamatuje. V druhém případě je příčinou PPP, nemocný si je záchvatu vědom a silně prožívá večerní myšlenky na jídlo. Syndrom nočního přejídání je spojován s úmyslem hubnutí, přes den dodržovaným zdravým životním stylem a frustrací vlastním tělem (Papežová, 2010).

2.2.4.2. Bigorexie

Jedná se o protiklad anorexie. Této poruše, která se týká vnímání vlastního těla, se také říká muskulární dysmorfie nebo Adonisův komplex. Nejčastěji je spojována se sportovní populací, konkrétně s nadšenci do posilování. Navzdory realitě se bigorektici vnímají jako drobní, křehcí a malí, což je děsí. S představou, že naberou svalovou hmotu, tráví dlouhé hodiny v posilovně. Jejich dieta je velice striktní, bohatá na bílkoviny a s nízkým množstvím tuků a sacharidů. Často užívají také doplňky stravy (proteinové koncentráty), někdy i anabolické steroidy. Snaží se dosáhnout nereálného perfektního vzhledu kulturistů a svalnatých superhrdinů. Muži tímto onemocněním trpí častěji než ženy. Zhruba 10 % mužů, kteří navštěvují posilovny, trpí bigorexií (Tod et al., 2006).

Tato nemoc má vlastnosti obsesivně kompulzivní poruchy. Její součástí je posedlost vzhledem, strach z nedostatku svalů a extrémní potřeba neustále fyzicky cvičit. Tato nemoc může způsobovat další vážná onemocnění (Tovt & Kajanová, 2021).

2.2.4.3. Orthorexie

Jedná se o patologickou závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě. Orthorektici, narozdíl od anorektiček, se nezaměřují na kvantitu, ale na kvalitu stravy. Největší sklony upadnout do této nemoci mají lidé, kteří se zabývají alternativními výživovými směry, např. vegani, makrobiotici, či frutariáni, ale také lidé, kteří propagují pouze bio produkty a nekonzumují geneticky upravené potraviny. Nenajdeme je jinde než v obchodech se zdravou výživou nebo si potraviny sami pěstují. Zajímá je způsob zpracování a úprava. Veškerý volný čas věnují myšlenkám na jídlo a zkoumání jeho kvality. Odmítají jíst v restauracích, kde si nemůžou ověřit kvalitu jídla, a tím se dostávají do sociální izolace. Nejsou si vědomi své nemoci a často jsou přesvědčeni o správnosti svého počínání. Tento způsob života propagují také mezi svými přáteli, ale tím o ně často přicházejí. Nemocný postupně z jídelníčku vyřazuje všechny potraviny, jelikož nevěří tomu, že neobsahují nějaké chemické látky. V nejtěžších případech orthorexie nemocný přestává jíst úplně, jelikož má pocit, že škodlivé látky obsahují všechna jídla. Tato nemoc někdy končí smrtí nebo může přejít do mentální anorexie. Komplikace, následky i léčba jsou velmi podobné jako u mentální anorexie (Martykánová & Piskáčková, 2010).

2.3. Výskyt poruch příjmu potravy

Nejčastějším duševním onemocněním dívek a mladých žen jsou právě poruchy příjmu potravy (Krch, 2007). V roce 2019 byla realizována přehledová studie, která analyzovala přes 100 studií z let 2000 až 2018, aby byla zjištěna celosvětová prevalence PPP a jejich změn v průběhu času. Zjistilo se, že průměrná celoživotní prevalence PPP u žen byla 8,4 % a u mužů 2,2 %. Celková prevalence se zvýšila z 3,5 % během let 2000–2006 na 7,8 % během let 2013–2018 (Galmiche et al., 2019).

V Evropě je prevalence MA mezi ženami méně než 1–4 %, u MB se jedná o méně než 1–2 %. U ZP se jedná o méně než 1–4 %. U mužů se uvádí prevalence 0,3–0,7 %. Incidence MA se v Evropě jeví jako stabilní, zatímco u typu MB spíše klesá. Odhady celoživotní prevalence anorexie nervosy typu MA se u žen pohybují mezi 1–4 % (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Více než 70 % jedinců s PPP vykazuje komorbidní onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy, poruchy nálady, sebepoškozování a užívání návykových látek (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Úmrtnost u MA je nadměrná a podstatně vyšší než u ostatních zkoumaných PPP, což potvrdili autoři německé studie z roku 2016 na vzorku hospitalizovaných pacientů s PPP (N = 5 839). Samotná MA, chronicita, rozvoj onemocnění ve vyšším věku a absence partnerského vztahu byly hlavními prediktory předčasného úmrtí. Pouze u MB byla příčinou předčasného úmrtí suicidalita (Fichter & Quadflieg, 2016).

V posledních letech se počátek onemocnění či věk prvního kontaktu se zdravotní péčí posouvá jak do prepubertálních, tak do starších věkových skupin. V roce 2017 bylo v lůžkových psychiatrických zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé, psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) hospitalizováno 454 pacientů, z toho necelých 65 % tvořila diagnóza MA, více než 13 % diagnóza MB, téměř 13 % atypická MA. Další sledované poruchy příjmu potravy byly příčinou téměř desetiny hospitalizací v roce 2017. Věkově nejčetnější skupinu tvořili pacienti ve věku 15–19 let (39 %), necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizovaných tvořili pacienti do věku 15 let. Nejméně četnou skupinou byli pacienti mezi 20–29 lety, jednalo se o necelou pětinu z celkového počtu hospitalizací. V letech 2011–2017 byl zaznamenán největší nárůst hospitalizací ve věkové skupině 10–14 let, jednalo se o téměř čtvrtinu hospitalizací MA. Naopak k největšímu poklesu došlo ve věkové skupině 15–19 let (ÚZIS, 2018).

2.4. Etiologie poruch příjmu potravy

PPP mohou negativně ovlivnit jak fyzický, tak psychický stav člověka a mohou narušit i jeho sociální vztahy. Etiologie nemoci je multifaktoriální, což znamená, že se jedná o bio-psycho-sociální podmíněnost onemocnění. Přesné příčiny PPP dosud nejsou známy, ale hovoříme o možných rizikových faktorech, jejichž působením může k rozvoji poruchy dojít.

Disponovanost k držení diet, která se často vyskytuje u žen, předčasná nebo naopak opožděná fyzická zralost, nevhodné rozložení tělesného tuku, jídelní chování referenčního prostředí, nepřiměřený důraz na výkon a vzhled, náchylnost k nadváze, určité zájmové nebo profesní aktivity a další faktory mohou být rizikovými faktory pro vznik PPP. Osobní, rodinné a sociální charakteristiky také hrají roli (Krch, 2007).

Aktivní řešení problémů, nízká konzumace alkoholu, eliminace diet, vyrovnaná nálada, trpělivost a smysl pro humor jsou protektivními faktory pro prevenci PPP (Krch, 2000).

2.4.1 Věk

Vědecké výzkumy naznačují, že nástup poruch příjmu potravy vrcholí v období adolescence až mladé dospělosti, tedy ve věku 15 až 25 let (Schmidt et al., 2016).

Dospívání je období, kdy dochází k tělesným změnám, které mohou vyvolávat nejistotu, úzkost a někdy dokonce strach. Rovněž dochází k sociálním změnám, které přinášejí stres, který je často vyvažován zvýšenou kontrolou těla a příjmu potravy. Zvýšený zájem o vrstevníky a touha zalíbit se také hrají roli (Krch, 2008).

2.4.2 Pohlaví a hmotnost

Dalším rizikovým faktorem pro vznik PPP je ženské pohlaví (až desetkrát větší pravděpodobnost rozvoje onemocnění). Spolu s rozvojem puberty se jedná o zátěžový faktor. V adolescenci často dochází k nárůstu hmotnosti, což je pro dívky nežádoucí. Pro muže je to snadnější, jelikož se přibližují svému ideálu, svalnatému, vyvinutému tělu (Papežová, 2012).

V anamnéze pacientek nebo jejich rodin se občas najde nadváha nebo druhý extrém, tedy nadměrná hubenost, vedle níž se cítí dívky tlusté. U dívek, které měly dříve nadváhu nebo trpěly obezitou, se často PPP ze začátku skryje za snahu žít zdravě a jejich hubnutí je okolím pozitivně hodnoceno, což podporuje rozvoj nemoci. Jakákoli nevinná poznámka na adresu vzhledu dívek může být spouštěčem PPP (Krch, 2005).

2.4.3 Genetické a rodinné faktory

Genetický podíl v případě PPP tvoří u MA 50 až 90 % a u MB 35 až 83 %. V rodinách lidí s PPP často najdeme duševní onemocnění jako jsou např. bipolární afektivní porucha, poruchy osobnosti, úzkosti, deprese anebo užívání návykových látek (Navrátilová & Kalendová, 2019).

Nukleární rodina je nejdůležitější skupinou, do které se člověk během života začleňuje. Vliv rodiny na rozvoj psychických chorob je obrovský. Nelze však říci, že by byly nějaké typické anorektické, či bulimické rodiny. Některé faktory však riziko vzniku PPP

významně zvyšují. V rodinách, kde se již PPP objevila, bývá pětikrát větší riziko vzniku než u běžné populace (Krch, 2002).

V rodinách se často vyskytují chaotické jídelní návyky, protože rodina se neschází pravidelně u jídla. Dnešní životní styl mnohdy neumožňuje pravidelné společné stolování. Někteří členové se pak přejídají nebo naopak drží diety a děti si vše odnáší do svého života (Papežová, 2012).

Podle australské metaanalýzy třinácti relevantních studií existuje spojitost mezi rodičovským škádlením, tedy připomínkami na hmotnost a tvar těla, a problémy s jídlem u dospívajících jedinců. Výzkum prokázal významný dopad rodičovského škádlení na stravování jejich dětí (Hay et al., 2019).

V rámci projektu Genome Wide Association Studies (GWAS) byly v roce 2017 prezentovány výsledky nejlivnější genetiké studie MA a podařilo se identifikovat umístění genu zodpovědného za MA. Gen, který byl v minulosti označen jako sídlo genu zodpovědného za diabetes 1. typu a autoimunitní choroby, se nachází na 12. chromozomu. MA dle výzkumu může mít stejné genetiké riziko jako metabolické a autoimunitní choroby. Byla tedy podpořena myšlenka, že MA vzniká vzájemným působením rizikových genetikých faktorů a rizikového prostředí, včetně metabolických základů (Duncan et al., 2017).

2.4.4 Psychické a emocionální faktory

K rozvoji PPP jednoznačně přispívá nadměrná pozornost zaměřená na vzhled a tělesnou hmotnost, strach z tloušťky, držení diet, hladovek a pocity přejedení se. Dále sem patří nízké sebevědomí, negativní sebehodnocení, pocity neefektivnosti a úzkostná sebekontrola. Negativní sebehodnocení může vést k narušení vnímání vlastního vzhledu a dietnímu stravování (Krch & Fialová, 2013).

MA se často spojuje s úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhýbavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy. Kvůli ritualizovanému jídelnímu a purgativnímu chování je většinou komorbiditou MA obsedantně-kompulzivní porucha. U MB se vyskytuje impulzivita, emoční labilita, nezdrženlivost, depresivní nálada a hraniční porucha osobnosti. U psychogenního přejídání je to opět impulzivita, užívání návykových látek a hraniční porucha osobnosti. Perfekcionismus, jež se často pojí s rozvojem MA a MB, patří mezi nejvíce rizikové tendence (Švédová & Mičová, 2010).

Podle Johnson et al. (2002) jsou mezi faktory, které přispívají ke vzniku PPP, odchod z domova, problémové vztahy rodičů, strach ze zodpovědnosti související s nástupem dospělého života, neuspokojivé sexuální vztahy a sexuální zneužití.

2.4.5 Sociální a kulturní faktory

O tom, jaký má sociální tlak v podobě módního ideálu vliv na výskyt PPP mezi adolescenty, se mluvilo již v historii. V médiích jsou prezentovány čím dál štíhlejší modelky se zdánlivě dokonalou postavou, která ale není v souladu se zdravým životním stylem. Především ženy se vrhají do restriktivních diet, které úzce souvisí se sebekontrolou, a jejich přerušení vnímají jako oslabení sebedůvěry. Na vině je také sociální úzkost, způsob trávení volného času či soutěživost. Potravinářský průmysl se předhání v představování nových „fitness“ a „light“ produktů na hubnutí (Krčh, 1999).

Mediálně prezentovaný vzor krásy je často spojován s prepubertálním vzezřením, kdy dívka má dlouhé nohy a je hubená, bez boků a stehen. Modelky jsou často akceptovány jako představitelky normy, i když jsou pouze populační krajností. Paradoxně, průměrné dívky jsou čím dál větší a víc váží, zatímco ideál krásy je čím dál štíhlejší. V adolescenci se ženská postava spíše mění opačným směrem, než by bylo žádoucí. Aktuální vzor krásy nemusí odpovídat ani somatotypu většiny populace, což znamená, že je pro ně nedostupný. Přesto o něj dívky i mladé ženy usilují, protože sociokulturní norma vymezuje dosažení atraktivity jako úkol, který je třeba zvládnout (Vágnerová, 2012).

2.4.6 Hladina glykémie

Hladina krevního cukru závisí na příjmu potravy a na následné produkci inzulínu Langerhansovými ostrůvky slinivky břišní. Buňky využívají cukr vstřebaný do krve z potravy a ukládají ho pomocí hormonu inzulínu. Po celý den dochází k průběžné produkci inzulínu, jeho hladina se vždy zvýší po jídle, obzvláště při konzumaci jednoduchých sacharidů. Za opětovné snížení glykémie může zvýšená produkce inzulínu. S hodnotami glykémie souvisí také pocit hladu. Člověk pociťuje hlad v momentě, kdy hladina krevního cukru klesne pod určitou hranici. Glykémie stoupne po jídle a hlad zmizí. Hladina krevního cukru se dá nejlépe zvýšit potravinami s vysokým glykemickým indexem, tedy sladkými jídlami a bílým pečivem. Díky těmto potravinám, které zvyšují hodnoty krevního cukru, se v těle začne vyplavovat velké množství inzulínu. Buňky dále cukr zpracovávají a dochází opět k poslesu glykémie až hypoglykémii. Trvale zvýšená produkce inzulínu a tím pádem

i hypoglykémie hrozí při pravidelné nadměrné konzumaci sladkých potravin nebo přejídání. Malátnost, zmatenost, nesoustředěnost či intenzivní pocit hladu jsou jedněmi z mnoha nepříjemných jevů, které doprovází tento stav. V momentě, kdy se postižená osoba nají, tyto stavy mizí. Z dlouhodobého hlediska způsobuje stavy, kdy mají lidé pocit, že se nedokážou ovládnout, vyhledávají a konzumují velké množství sladkých potravin, ale to přináší jen krátkodobou úlevu (Krch, 2000).

2.5. Léčba poruch příjmu potravy

PPP zasáhnou celý život člověka, proto léčebné metody potřebují obsáhnout celou šíři problému. Nejčastěji se užívá multidisciplinární přístup. Pro léčbu těchto nemocí je důležitá medicínská léčba, fyzioterapie, diagnostika, léčba devastujících dopadů na fyzické zdraví pacienta, farmakoterapie nebo péče psychiatra pro zmírnění symptomů emocionálního podhoubí, nutričního specialisty kvalifikovaného na PPP, psychoterapeuta užívajícího kognitivní přístupy jako kognitivně-behaviorální terapii, interpersonální terapii, psychodynamiku nebo rodinnou a párovou terapii. Tanečně-pohybová terapie je také považována za potenciálně podpůrnou metodu. V posledních letech byly dialektická behaviorální terapie a ACT (terapie smíření a odhodlání) přidány mezi mnoho dalších terapií, které jsou považovány za nápomocné při léčbě PPP. Jedním z přetrvávajících symptomů PPP je alexithymie. Alexithymie souvisí s neschopností vnímat vlastní emoce a vyjadřovat je. Klíčovým bodem v léčbě PPP je pomoc pacientům vyjadřovat emoce jak na verbální, tak na nonverbální úrovni. Pozornost pacientů s PPP je přeměřována na jídlo, váhu a fyzické tělo a úkolem terapeuta je vrátit ji zpět k přirozenému prožívání emocí (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Vedle správné diagnostiky je základem léčby také zhodnocení stupně psychického, somatického a sexuálního vývoje pacienta a diagnostikování přidružených poruch. Léčba PPP jako multifaktoriálně podmíněných duševních poruch musí být komplexní, diferenciovaná a musí mít individuální specifický léčebný postup. Léčba vychází z technik kognitivně behaviorální psychoterapie a jejími hlavními cíli jsou úprava váhy, změna jídelního chování, postoje k jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. Léčba PPP u dospělých pacientů je založena na dobrovolné spolupráci a motivaci k léčbě. U dětí je však obtížnější dosáhnout této spolupráce a motivace. Čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled na chorobnost stavu horší. V takových případech leží více odpovědnosti na okolí dítěte, včetně rodičů (Papežová, 2010).

Je nezbytné provádět terapeutickou práci s rodinou, často je doporučována rodinná psychoterapie nebo terapie pro páry. Příbuzní musí získat vhled do situace, aby pochopili, že porucha příjmu potravy není špatný návyk a že apelování na zdravý rozum a vůli nemocného je bezpředmětné. Jediným výsledkem takového úsilí jsou konflikty, které dále zhoršují vzájemné vztahy. Prospěšné jsou sebebomocné skupiny pro rodiny nemocných s poruchami příjmu potravy, které mohou poskytnout emoční podporu a informace založené na vlastní zkušenosti (Vágnerová, 2012).

Častými, ale obtížně detekovatelnými a predikovatelnými jsou fyziologické a psychologické známky hladovění, diety, restrikce kvality a frekvence příjmu potravy. Pokud příznaky poruch příjmu potravy ohrožují pacienta na životě, vyžadují hospitalizaci. Sem patří například kolísání váhy a krevního tlaku, metabolické a kardiovaskulární komplikace, suicidální myšlenky a pokusy a jiné impulzivní nebo kompulzivní sebepoškozování. V případě, že dojde k normalizaci hmotnosti a jídelního chování, většina komplikací zmizí. Osteoporóza, která se objevuje především u pacientek s mentální anorexií se zvracením, patří mezi ireverzibilní následky PPP. Denzitometrie, která se využívá pro posouzení osteoporózy, se doporučuje u pacientek, které trpí amenoreou déle než 6 měsíců (Papežová, 2010).

3 TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE S OSOBYMI S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Od momentu, kdy jsme poprvé koplí v děloze naší matky, až po náš poslední výdech, jsme definováni pohybem. Jsme součástí tance života a prožíváme moc pohybu až do dne, kdy zemřeme. U klientů, kteří trpí PPP, se způsob embodimentu a bytí v těle narušil, také se narušila jejich body image (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Body image je obraz nás samých, který si vytváříme v naší mysli. Odráží naše představy o tom, jak nás vidí ostatní, a zároveň zachycuje naše prožívání toho, jak se cítíme ve svém těle (Ressler et al., 2010).

Lidé s touto nemocí koncentrují ve svém životě pozornost na jídlo, váhu, velikost svého těla a za každou cenu se vyhýbají „tanci“, jež je plný života a expresivního pohybu. Společným znakem pro lidi s PPP je jejich tendence kontrolovat nebo potlačovat pocity. Namísto toho se přehnaně strachují, podléhají černobílému myšlení a zaměřují pozornost na narušený obraz sebe samotných (Chaiklin & Wengrower, 2016).

TPT může pomoci lidem, kteří trpí PPP propojit se s tělesným prožíváním, protože jsou vedeni k tomu, aby si propojili příčiny PPP s tělesnými projevy a získávají vědomí svého těla. TPT se vědecky potvrdila jako účinná u pacientů s různými typy nemocí včetně úzkosti, deprese, schizofrenie a demence. Pozitivní dopady byly zaznamenány v lepším hodnocení kvality života, stejně jako ve zlepšení sociálních a kognitivních dovedností. Důvod, proč je TPT vhodná pro léčbu PPP, je ten, že léčba nabízí integraci psychiky a těla. U klientů s PPP byly zaznamenány problémy se schopností prožívat se „v těle“, s negativními tělesnými prožitky, alexitymií, stejně jako s nechutí jít do tělesného zkoumání v pohybu (Savidaki et al., 2020).

Klienti s PPP mají problém s přijetím a integrací svých emocí. Často mají problém s disociací, cítí se, jako kdyby žili s nějakým nepřítelem uvnitř svého těla. Pro léčbu takových klientů je nezbytné probudit znovu jejich životní sílu. TPT jim pomáhá být více v těle a vnímat spojitost mezi PPP a problémy, které této nemoci předcházely.

Tzv. embodiment a ochota prozkoumat své nevědomí je součástí vnímání sebe sama a hraje důležitou roli v léčbě (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Následující příklady budou mluvit o tom, jak se pacienti s PPP pokoušeli řešit své problémy pomocí této nemoci. Carol, bývalá pacientka Susan Kleinman, trpěla mentální anorexií i bulimií s excesivním cvičením. Její body image byla výrazně narušena. Asi od pěti let věku byla sexuálně zneužívána, své tělo vnímala jako nepřítel a snažila se odpojit od všech svých prožitků. Málo spala, protože se nedokázala uvolnit. Strávila spoustu času plánováním a přemýšlením, což jí způsobovalo pocity napětí, zátěže a odpojení od sebe. Popisovala jeden svůj zážitek z rána, který vystihuje její každodenní prožitky (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Pokud se Carol bude chtít vyléčit, bude muset zharmonizovat svoji body image tak, aby její negativní myšlenky nepřevládaly. Jednoduše bude muset rozšířit svoji schopnost vyřešit problém s body image zkoumáním toho, jak její vnímání sebe ovlivňuje její život. To zahrnuje důraz na to spíše prožívat než se snažit kontrolovat prožitek bytí v těle (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Jane, které byla diagnostikována mentální bulimie, si také vypěstovala PPP jako způsob zvládnání svého traumatu z ranného dětství spojeného se sexuálním zneužíváním. Její chování se zmítalo mezi odmítáním jídla, záchvatovitým přejídáním a následným zvracením jako způsobem očištění se od nepříjemného pocitu jídla v těle. Jednoho večera si během komunitní večeře uvědomila, že zahání své nepříjemné pocity z ochutnávání jídla tím, že jí ještě více. Rozpoznala svůj diskomfort a dala si dezert, aby ještě oddálila chuť jídla. Susan ji podpořila v tom, aby rozpoznala, v čem tkví její problém s vnímáním jídla jako s emoční potřebou spíše než s fyzickým hladem. Jakmile na Janin zážitek s jídlem nasedla tanečně-pohybová zkušenost, byla schopná se cítit dostatečně v bezpečí ve svém těle, aby se volně hýbala a mluvila o svém diskomfortu. Oba příklady ukazují úzkost a utrpení jedinců s PPP, které zažívají na denní bázi (Chaiklin & Wengrower, 2016).

„Ignorování vnitřních pochodů se stává pohřbíváním pocitů a ta pohřbená část žije v těle. Poněvadž pocity mohou hnisat pod povrchem těla a vybuchnout, když se stanou nesnesitelnými, sluší se pomoci pacientům vyvinout si silnější vztah s touto živou částí v nich“ (Kleinman & Hall, 2005, s. 3).

Protože jedinci s poruchou příjmu potravy mají problémy s tolerováním a s vyjadřováním emocí, často vyhledávají vyhubé chování jako způsob, jak mít něco pod

kontrolou. TPT poskytuje pacientům prostředek, jak znovu začít prožívat, vyjadřovat své emoce skrz jazyk těla a vysvětlit, co pro ně jejich zážitky znamenají ve smyslu větších emocionálních zranění a vzorců zvládnání (Chaiklin & Wengrower, 2016).

Pacienti jsou povzbuzováni k tomu, aby odstranili svoji tendenci zaměřovat se na jídlo a váhu, aby tak byli schopni prozkoumat větší podvědomé emoční problémy. Problémy jako ztráta, strach z úspěchu, selhání, změna, ztráta kontroly a nedostatek vnímavosti k hranicím těla se ukazují v jejich prožitku. Pacienti brzy rozpoznají podstatu svého prožitku. Jelikož TPT začíná tím, že umožňuje, aby se tyto zážitky staly výraznými, pacienti mají možnost prozkoumat hlubiny svého vědomí a vystavit se riziku rozpoznání, jak a proč se jejich vnitřní realita promítá do jejich života skrze vědomé nebo rutinní volby. Tato přijetí sama sebe se odráží v jejich schopnosti zkoumat výzvy spojené s proměnami v jejich životě (Chaiklin & Wengrower, 2016).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této části se zaměříme na výzkumný problém, definujeme hlavní cíl studie, stanovíme dílčí cíle a formulujeme výzkumnou otázku spolu s několika dílčími otázkami.

4.1. Výzkumný problém

V teoretické části jsme se snažili přiblížit čtenáři TPT, složitost PPP a existující výzkumy, které sledují dopad TPT na osoby s PPP.

PPP se bohužel týkají čím dál mladší populace. Na rozvoj PPP má vliv celá řada faktorů od genetické predispozice, endofenotypu, rodinného zázemí, přes psychologické a biologické faktory, až po vliv vrstevníků a mediálních a kulturních idolů. Jako zvlášť škodlivý vnímám vliv sociálních sítí na sebepojetí. (Nejen) mladí lidé jsou zde konfrontováni s nerealistickým vzorem ve vztahu ke vzhledu, životní úspěšnosti, finanční situaci či hodnotovému systému.

Žijeme v předimenzované zrychlené době a každému z nás by zajisté prospěla menší míra vyplavování dopaminu. Život ve virtuálním světě má za následek odpojení od sebe, odklonění od vlastních emocí, vnitřního dialogu a také podporuje závislostní chování.

Lidé s PPP se často potýkají s negativním sebeobrazem, mají problém s prožíváním svého fyzického a emočního těla. Mezi mnohé benefity TPT se řadí mimojiné možnost dosáhnout fyzické a emoční integrace, prožít vědomí vlastního těla a jeho hranic, vztah k prostoru, zvládnutí napětí, úzkosti a stresu v těle, možnost projevit bezpečným způsobem své emoce, obohatit pohybový repertoár, realisticky vnímat vnitřní představu o těle a kontrolovat své impulsivní chování.

S pomocí teoreticko-kritické analýzy odborné literatury a dosavadních studií jsem se zaměřila na zkoumání účinků TPT u žen s PPP, jednalo o subjektivní perspektivu a zkušenost samotných účastníků. Kromě vlivu tohoto druhu terapie na prožívání žen s PPP jsem se dále rozhodla zkoumat její vliv na jejich vztah s tělem. Zároveň mě zajímalo, jak ženy vnímaly jednotlivé techniky, co vnímaly v rámci TPT jako podpůrné a co jako znesnadňující proces. V rámci výzkumu jsem dále provedla pohybovou analýzu a uvedla

své protipřenosové myšlenky a pocity jako terapeutický nástroj. Nakonec jsem srovnala výsledky výzkumu s dosavadními výzkumy na podobné téma.

Mým cílem bylo představit účinky tohoto druhu terapie při léčbě PPP širšímu okruhu lidí, jelikož se jedná stále o jeden z méně probádaných směrů a jeho benefity jsou obrovské zvláště u psychosomatických onemocnění, což se mi pravidelně ukazuje v přímé terapeutické práci s klienty s různými obtížemi.

4.2. Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Cíle výzkumu

1. Popsat zkušenost účastníků s poruchou příjmu potravy na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu.
2. Popsat zkušenost účastníků s tanečně-pohybovou terapií, její vliv na prožívání a změny, které přinesla.
3. Zjistit, jak účastníci vnímali vztah se svým tělem před výzkumem, co si přáli v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímali po skončení cyklu tanečně-pohybové terapie.
4. Zjistit a analyzovat podpůrné faktory v tanečně-pohybové terapii.
5. Zjistit a analyzovat faktory znesnadňující proces tanečně-pohybové terapie.
6. Zjistit a analyzovat, jak jednotlivé techniky působily na participanty.
7. Analyzovat pohyb jednotlivých účastnic.

Výzkumné otázky

1. Jak účastníci popisují svoji zkušenost s poruchou příjmu potravy na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu?
2. Jak účastníci popisují svoji zkušenost s tanečně-pohybovou terapií, jaký byl její vliv na prožívání a jaké změny přinesla?
3. Jak účastníci vnímali vztah se svým tělem před výzkumem, co si přáli v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímali po skončení cyklu tanečně-pohybové terapie?
4. Jaké faktory jsou podpůrné v tanečně-pohybové terapii?
5. Jaké faktory znesnadňují proces tanečně-pohybové terapie?
6. Jak jednotlivé techniky působily na účastníky?
7. Jaká je analýza pohybu účastnic?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Téma výzkumu vyplynulo zaprvé z vlastní zkušenosti s PPP a za druhé ze zkušenosti s absolvováním dvou terapeutických výcviků. První z nich jsem absolvovala v letech 2017 až 2021 v tanečně-pohybové terapii pod asociací TANTER, z.s., druhý s názvem Komplexní vzdělávací program v psychoterapii pro zdravotnictví se zaměřením na interdisciplinární léčbu psychosomatických syndromů včetně poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění pod odbornou garancí prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. jsem absolvovala v letech 2020–2023. Poté jsem téma navrhla současnému vedoucímu práce s návrhem jeho vedení, který byl schválen. Dále byl vytvořen ideový a technicko-logistický plán výzkumu. V této části jsem se zaměřila na metodologický rámec výzkumu, kde jsem představila typ výzkumu, design výzkumu, metodu sběru a analýzy dat, výzkumný vzorek a řešení etických otázek.

Cílem výzkumné studie bylo zjistit, jak TPT ovlivňuje prožívání žen s PPP, její vliv na vztah s tělem, faktory podporující a znesnadňující proces terapie, přínos jednotlivých terapeutických metod, pohybovou analýzu a protipřenosové myšlenky a pocity autorky a porovnat tato zjištění se zjištěními jiných autorů. Pro potřeby výzkumu jsem vytvořila cyklus čtyř setkání s TPT. Tato setkání probíhala formou individuální terapie v prostorách tanečního studia. Výzkum probíhal formou kvalitativní analýzy založené na vyhodnocení rozhovorů, analýze sebereflexivních deníků účastnic a pohybové analýze.

5.1. Typ výzkumu

Ve shodě s výzkumnými otázkami, které se snaží identifikovat zkušenosti žen s PPP a TPT, jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum. Tento přístup využívá kvalitativních metod pro pochopení zkoumaného jevu (Miovský, 2006). Cílem interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) je podrobně zkoumat, jak účastníci vnímají svůj osobní a sociální svět. Hlavním zaměřením IPA jsou významy, které konkrétní zkušenosti, události a stavy získávají pro účastníky studie (Smith & Osborn, 2007).

Přes analytický proces nelze dosáhnout čistého popisu zkušenosti z pohledu první osoby – analýza textu je vždy také interpretací. To znamená, že to není esenciální zachycení zkušenosti jedince, které hledá tradiční fenomenologie. V rámci IPA je zkušenost

„konstruována“ jako výsledek společného sdílení mezi výzkumníkem a účastníkem. Obě perspektivy by měly být zřetelné. Nicméně hlavním cílem je stále primárně porozumění žité zkušenosti účastníka (Larkin, 2006).

Zároveň může podrobná analýza IPA zahrnovat kladení kritických otázek na texty od účastníků, jako jsou následující: „Čeho se tato osoba snaží dosáhnout? Uniká zde něco, co nebylo zamýšleno? Mám pocit, že se zde děje něco, čeho si účastníci možná nejsou vědomi?“ (Smith & Osborn, 2007).

5.2. Cyklus setkání s tanečně-pohybovou terapií

Cyklus zahrnoval čtyři setkání jednou týdně, každé z nich trvalo 60 minut. Jeho hlavním cílem bylo, aby si účastnice zažily TPT spolu s metodami, které jsem vybírala přímo k tématu PPP. Setkání se konala v tanečním sále v centru Olomouce za účasti terapeutky, Bc. Simony Hájkové, která byla realizátorkou studie. V průběhu studie měla autorka výzkumu pravidelné supervize s externí supervizorkou PhDr. Lucií Vlček Pelkovou, Ph.D.

Zde najdete podrobný rozbor jednotlivých technik v rámci 4 setkání:

1. setkání: téma „*Kontakt se sebou a s ostatními lidmi.*“

Seznam technik:

- a) **zrcadlení** – nejdříve jsem já přesně zrcadlila klientku, zatímco ona vedla pohyb, v druhém případě to bylo naopak; pohyb skončil přirozeně, nebyl časový rámec; během této techniky se automaticky zapojují zrcadlové neurony zodpovědné za empatii
- b) **pohybový dialog** – opět bez časového rámce, společně hledáme způsob komunikace skrz pohyb, nikdo nevede a zároveň je možné v určitých fázích pohybu být dominantnější, dávat impulzy, které druhý účastník buď přijímá a následuje nebo ne, společné pohybové asociace
- c) **autentický pohyb** – respondentka dostala 10 minut, během kterých bez jakéhokoli zadání obsahu měla jen volně následovat se zavřenýma očima pohyb, který se tvoří z vnitřních impulzů, bez následování kroků, choreografie.

Toto setkání bylo věnováno kontaktu se sebou a s druhými. Zároveň si mohla respondentka vyzkoušet svůj modelový způsob vztahování se v rámci bezpečného vztahu s terapeutkou.

2. setkání: téma „*Já v prostoru a propojení se smysly.*“

Seznam technik:

- a) **vnímání prostoru** – technika vychází z principu mindfulness, kdy se respondentka prochází po prostoru a má vnímat, jak se v prostoru cítí, jak se cítí její tělo, má sahat na jednotlivé předměty v prostoru, vnímat strukturu předmětů, jejich teplotu, barvu, dále dostává zadání, aby zkusila vnímat prostor z různých míst a navštívit i místa, která by si normálně nevybrala – změnit perspektivu
- b) **moje bezpečné místo** – respondentka chodí po prostoru a zkoumá, kde se v prostoru cítí nejlépe, co k tomu potřebuje, jakou polohu potřebuje zaujmout, jakými předměty se obklopit (např. zakrýt se dekou)
- c) **krabička pěti smyslů** – respondentka dostává postupně do rukou jednotlivé předměty z krabičky, kterou jsem předem připravila a ve které jsou pro každou respondentku nachystány stejné předměty, má zavázané oči, dostává instrukce, že každý předmět má primárně stimulovat jeden její smysl, vždy řeknu který smysl, ale neřeknu jí předem, o jaký předmět se jedná, podněcuji její zvědavost, na každý předmět má 5 minut času, minutu před skončením avizuji, že se bude končit, potom má pauzu mezi jednotlivými předměty, na konci si sundává šátek a prohlíží si, o které předměty šlo, může se na cokoli doptat
předměty: lapač snů (hmat – skládá se z jemných pírek, provázek a kuliček), růže damašská (čich – éterický olej, výrazná květinová vůně), kalimba (zvuk – říká se jí také *prstové piano*, jedná se o africký nástroj, který se rozeznívá pomocí kovových plíšků), sušené švestky (chuť – masité, bez pecky, v bio kvalitě), květ umělé růže (zrak – velikost tak akorát do dlaní, různé odstíny růžové až fialové barvy).

Zde jsem se inspirovala metodou mindfulness, takzvaným všímavým pozorováním.

3. setkání: téma „*Choreografie mého života.*“

Seznam technik:

- a) **příprava grafu** – na začátku si má respondentka na A4 papíru nakreslit graf XY, kde do osy X zaznamenává časovou linku svého života, vlevo je datum jejího narození, vpravo současné datum, postupně si má zapsat v bodech na časové lince nejdůležitější okamžiky svého života, zároveň zaznamenává na ose Y intenzitu zážitku z hlediska subjektivního hodnocení *negativní* – *pozitivní*, negativní je nejnižší, pozitivní je nejvyšší, uprostřed je neutrální hodnocení

- b) **protančení grafu** – potom jsem respondentku instruovala, aby na základě sestaveného grafu převedla svůj životní příběh s nejdůležitějšími okamžiky do choreografie
- c) **3 nejdůležitější momenty** – na základě této zkušenosti jsem respondentku vedla k tomu, aby si vybrala 3 nejdůležitější momenty, u kterých vnímala, že byly pro ni nejintenzivnější/nejpřínosnější/nejvýznamnější, znovu je ztvárnila a našla heslo, slovo, větu nebo volnou asociaci, které toto téma vystihují, pokud chtěla, mohla mluvit o okolnostech této události
- d) **ošetřit to z dospělé pozice** – nyní se měla respondentka znovu do těchto momentů vrátit a z pozice svého současného dospělého já udělat pohyb/řít slova či věty/udělat gesto, které by danou situaci ošetřily; např. co by tenkrát potřebovala slyšet, zažít, vnímat? Co by ji povzbudilo? Řekni věty, které cítíš, že je potřeba, aby zazněly.
- e) **oslavná píseň** – v průběhu předchozích technik většinou došlo ke katarzi a pak si mohla klientka zvolit, na jakou píseň si chce protančit závěrečnou oslavu sebe sama, tančila jsem s ní, ale bylo to předem projednané.

V rámci tohoto setkání si mohly respondentky kreativně zpracovat nejenom svá zranění z minulosti v bezpečném terapeutickém rámci. Setkání se koncentrovalo na rovinu já vs. prostředí a smyslové vnímání.

4. setkání: téma „*Mé budoucí já.*“

Seznam technik:

- a) **imaginace** – na začátku setkání jsem vyzvala účastnici, aby si pohodlně lehla na zem, a pokud chce, zakryla se dekou, potom jsem ji za zvuku relaxační hudby provedla imaginací, kde jsem ji nejdřív přivedla pomocí progresivní svalové relaxace do uvolněného stavu, kdy si měla představit dopodrobna dveře: jejich texturu, tvar, barvu, velikost a pak dveře otevřela a vešla na pódium, kde se jí zjevil její život, jaký si ho přeje mít, se vším, co si kdy přála, měla prožívat naplno emocionálně, tělesně i mentálně, jaké je být v tomto stavu, následně z tohoto pódia odešla dál k dalším dveřím, znovu si je měla dopodrobna představit, pak vzala v představě za kliku, otevřela je a šla dál na další pódium, kde viděla stav „za tím“, co vnímám ještě za tím, kdy už jsem si splnila vše, co mám, co mě dál čeká, v podstatě stav za „egem“, znovu jsem ji vedla k tomu, aby vše vnímala mentálně, emocionálně i tělesně, z této představy jsem ji pomalu vedla do bdělého stavu
- b) **tanec** – respondentku jsem vedla k tomu, aby se pomalu zvedla, ideálně ještě se zavřenýma očima, a protančila si tento stav, do kterého se dostala v imaginaci

c) **kresba** – pomocí pastelových kříd potom měla vyobrazit tento zážitek na papír.

Toto setkání využilo prvky arteterapie a katatymně imaginativní psychoterapie.

Po každé technice jsme společně reflektovaly, jak technika na respondentku působila, a já jsem sdílela, co jsem v pohybu viděla a protipřenosově prožívala (pokud to bylo na místě – např. u autentického pohybu na vyžádání).

Pro podporu procesu jsme využily i reprodukovanou hudbu dle výběru samotných účastnic. U některých technik jsme využívaly také pomůcky jako jsou např. deka, měkké pastely, lapač snů s korálky, éterický olej s vůní růže damašské, sušené švestky nebo třeba hudební nástroj kalimbu.

V případě, že techniky účastnicím nesyly nebo k nim vyjádřily odpor, flexibilně jsem navrhovala alternativy možností zpracování tématu, popřípadě jsme se vydaly jiným směrem. Žádná aktivita nebyla povinná. Na prvním místě byl bezpečný vztah s terapeutem a pocit přijetí. Pokud to ale bylo možné, snažila jsem se všem účastnicím představit stejnou strukturu terapeutického setkání.

5.3. Popis základního a výběrového souboru

V roce 2020 Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky zaznamenal 4477 žen a 690 mužů léčených s PPP (celkem 5167 případů), tzn. že 87 procent případů tvořily právě ženy a dívky. Počet pacientů s poruchou příjmu potravy ve věku pod 14 let vzrostl o víc jak polovinu. Jako rizikový vnímá prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. nárůst používání sociálních sítí během sociální izolace v průběhu pandemie. Trávení času na těchto platformách vnímá jako velmi nebezpečné z důvodu možného rozvoje duševních nemocí. Zároveň pro stávající klienty je podle ní komplikovaná uvědomovaná pozornost věnovaná zevnějšku při online sezeních. Dle zahraničních dat se zcela vyléčí z mentální anorexie asi 70 procent nemocných a 60 procent z bulimie a jiných forem PPP. Mentální anorexie je často spojená s ortorexií neboli patologickou posedlostí zdravou stravou. Ortorexie je momentálně na vzestupu, ve všeobecné populaci je však stále na vrcholu psychogenní přejídání a jiné atypické varianty (iRozhlas, 2021).

Soubor výzkumu byl utvořen na základě stanovených výzkumných otázek a cílů práce. Zahrnoval ženy, které vykazovaly diagnostická kritéria pro PPP. Kritériem pro zařazení do souboru byl věk nad 18 let, aby bylo možné zkoumat i partnerské vztahy, které většinou před tímto věkem nejsou příliš rozvinuté, BMI nad 17,5, aby aktuálně respondentky

nebyly hospitalizované nebo ve stavu ohrožujícím život (akutní fáze nemoci). Pro účast ve výzkumu byli vybíráni jedinci, kteří, ačkoliv trpí PPP, hledají způsoby uzdravení například pomocí terapie, výživového poradenství, koučinku nebo osobního rozvoje.

Výběr respondentů byl proveden pomocí metody samovýběru s využitím sociální sítě Facebook, a to oslovením potenciálních účastnic vyvěšením příspěvku do svépomocné skupiny. Následovala výměna zpráv přes e-mail a úvodní schůzka naživo s vybranými účastnicemi. Tato metoda, jak ji popisuje Miovský (2006), spočívá v aktivním projevení zájmu o účast ve výzkumu. Důvodem, proč byla zvolena tato metoda, byla potřeba vysoké míry dobrovolnosti a vnitřní motivace účastníků pro námi plánovaný proces sběru dat.

Do studie se přihlásily celkem čtyři ženy, kterým byla doručena úvodní zpráva. Ta obsahovala shrnutí podmínek a práv účastnic. S těmito ženami bylo provedeno osobní interview. Ze studie byla vyloučena jedna účastnice, protože nesplňovala diagnostická kritéria pro poruchu příjmu potravy. Respondentky se do našeho výzkumu přihlašovaly postupně v průběhu sběru dat.

Ve sledovaném výzkumu byly zahrnuty tři ženy, které trpí buď mentální anorexií (MA), mentální bulimií (MB) nebo záchvatovitým přejídáním (ZP). Tento počet respondentů odpovídá doporučení ohledně magisterské diplomové práce, tedy vzorek o velikosti 3–6 respondentů (Kostínková & Čermák, 2013). Věk respondentek se pohybuje od 22 do 39 let.

Ženy pocházejí z různých krajů České republiky. Jedná se o kraj Královéhradecký, Olomoucký a Jihomoravský.

Celkem byla analyzována data od 3 účastnic – 3 žen (průměrný věk 29; rozsah 22–39). V tabulce 1 jsou uvedeny důležité informace o respondentkách včetně jejich diagnóz a délky trvání nemoci.

Respondentky dostaly kódy podle pořadí, ve kterém probíhaly rozhovory.

Tabulka 1: Charakteristiky výzkumného souboru s ohledem na nemoc

Respondent	Věk	Typ poruchy	Délka trvání nemoci	Léčba	Hospitalizace
R1	39	ZP	celý život	terapie	ne
R2	22	MA	8 let	terapie, výživové poradenství, koučink	ne
R3	26	MB	9 let	terapie	ne

MA – mentální anorexie, MB – mentální bulimie, ZP – záchvatové přejídání

Tabulka 2: Charakteristiky výzkumného souboru s ohledem na vztahy

Respondent	Rozvod rodičů	Sourozenci	Partnerský vztah	Dítě
R1	ne	2 starší sestry starší bratr a	ne, s otcem dcery žijí odděleně	ano, 1 dcera – 11 let
R2	ne	sestra	Ne	ne
R3	ne	mladší bratr	Ano	ne

5.4. Metody získávání dat

Jako prostředek sběru dat bylo vybráno polostrukturované interview v individuální formě, které nejlépe vyhovuje konkrétnímu typu výzkumu a stanoveným cílům, dále sebereflexivní deníky a pohybová analýza. Tyto prostředky byly použity u všech účastníků.

Kvalitativní rozhovor spočívá v aktivním naslouchání respondentovi a souběžném zaznamenávání jeho reakcí. Polostrukturované rozhovory jsou střední cestou mezi přesně strukturovaným dotazováním, které následuje předem stanovený seznam otázek, a volným rozhovorem. Polostrukturovaný rozhovor nabízí přesně stanovený účel a osnovu, ale zároveň umožňuje pružnost při zachycování odpovědí. Tím se jeví jako vhodný kompromis pro výzkumníka, který si přeje udržet průběh rozhovoru plynulý, ale zároveň se chce přizpůsobit respondentovi. Při použití polostrukturovaného rozhovoru tolik nehrozí, že bychom respondentovi nevědomky vnucovali určité způsoby odpovědí. Mezi výhody tohoto typu rozhovoru patří flexibilita, kterou má dotazovaný při poskytování odpovědí, a schopnost sám hledat vztahy mezi jevy, které se v průběhu rozhovoru vynoří. V průběhu

rozhovoru je možné kdykoliv ověřit, zda dotazovaný správně pochopil otázku, nebo zaměřit diskuzi na konkrétní aspekty situace respondentova života (Hendl, 2005).

Rozhovory byly u každé účastnice provedeny dva. Jeden před započítáním cyklu setkávání s TPT a druhý týden po skončení cyklu. První rozhovor se dotazoval retrospektivně na životní zkušenosti účastnic až po současnost a druhý reflektoval retrospektivně průběh výzkumu, jeho dopad na současnost a možné návrhy na zlepšení. V průběhu výzkumu si účastnice pravidelně po skončení každého setkání vedly sebereflexivní deník, ve kterém popisovaly, jak na ně jednotlivé techniky působily a jaký měla terapie vliv na jejich prožívání. Rozhovory dohromady probíhaly 4 hodiny a 41 sekund. Průměrná délka jednoho rozhovoru činila 40 minut a 7 sekund. Nejkratší rozhovor trval 21 minut a 7 sekund, zatímco nejdelší dosáhl 67 minut a 19 sekund.

Až na jeden rozhovor se všechna interview uskutečnila v tanečním sále v centru Olomouce, kde probíhal i cyklus setkání s TPT. Závěrečný rozhovor u R2 proběhl pomocí aplikace Skype.

5.5. Autorčina osobní zkušenost

Můj zájem o téma výzkumu vznikl stejně jako u bakalářské diplomové práce na základě mé vlastní zkušenosti s PPP, konkrétně s mentální anorexií a záchvatovitým přejídáním. Doba trvání onemocnění činila přibližně 6 let, přičemž první příznaky se projevíly okolo třináctého roku věku.

Zároveň jsem však chtěla do magisterské diplomové práce zakomponovat zkušenosti, které jsem nabyla absolvováním dvou terapeutických výcviků. V letech 2017 až 2021 jsem absolvovala čtyřletý výcvik v TPT pod asociací TANTER, z.s. Během těchto čtyř let jsem procházela intenzivní sebezkušenostní částí včetně individuálních terapií se zkušenou tanečně-pohybovou terapeutkou a psycholožkou Mgr. Robertou Legros Štěpánkovou. K nástupu do výcviku mě motivoval preworkshop se Susan Kleinman, MA, BC-DMT, NCC, CEDS. V tomto preworkshopu se jednalo o využití TPT jako nástroje léčby PPP.

V letech 2020 až 2023 jsem dále absolvovala Komplexní vzdělávací program v psychoterapii pro zdravotnictví se zaměřením na interdisciplinární léčbu psychosomatických syndromů včetně poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění pod odbornou garancí prof. MUDr. Hany Papežové, CSc.

Ačkoliv jsem v průběhu výcviků již netrpěla PPP, mohla jsem si zažít přes na tělo orientovaný terapeutický přístup i přes psychodynamickou sebezkušenostní skupinu, jaké vzorce nemoci ve mně ještě zůstaly, a mohla jsem dále pracovat se svými sklony k perfekcionismu a úzkostnému prožívání. TPT mě naučila prožívat více své tělo bez ohledu na to, jak při tom vypadám, a regulovat svůj nervový systém pomocí pohybu, dechu a uvolnění svalového napětí.

Již v průběhu výcviků jsem začala vést v Olomouci skupinová setkání terapeutického tance a od roku 2020 jsem postupně začala nabírat klienty do individuální terapie naživo i online přes aplikaci Skype, to vše pod supervizí.

Do terapie začalo přibývat čím dál více klientů, kteří trpí nebo v minulosti trpěli PPP a kterým kombinace psychodynamické psychoterapie a TPT velice sedla právě svojí komplexností. Často používám v terapii i prvky katatymně imaginativní terapie a transakční analýzy, které byly také součástí mého vzdělávání.

Mnoho klientů s PPP popisuje svůj odcizený vztah k tělu a neskrývá ani odpor vůči němu. TPT jim pomáhá rozvíjet vlastní autonomii, rekonstruovat bloky v procesu separace-individuace nebo taky rozvíjet alternativní bezpečné vazby.

5.6. Etika výzkumu

Během celého výzkumu jsem dbala na dodržování etických principů. Od začátku jsem si uvědomovala, že tato zkušenost může být pro respondentky citlivá a může přinášet potenciální stigmatizaci. Proto jsem volila individuální a citlivý přístup a dodržovala jsem hranice mezi výzkumníci a respondentkou. Na cyklu setkání s TPT jsem se snažila vytvořit přátelskou a uvolněnou atmosféru. Respondentky měly kdykoli možnost mě během výzkumu zkontaktovat ohledně pocitů, prožitků a myšlenek spojených s terapií. Po skončení výzkumu jsem znovu kontaktovala respondentky, abych se ujistila, že u nich absolvování výzkumu nespustilo žádné potíže a že je otevření tématu PPP neretraumatizovalo. U žádné z respondentek se potíže neobjevily.

Nabídla jsem jim, že v případě, že by cítily, že chtějí v terapiích pokračovat, můžeme se domluvit na individuálních sezeních, popřípadě je odkážu na jiného odborníka. Odměnou za absolvování výzkumu byly pro respondentky samotné terapie, které byly bezplatné.

Dbala jsem také na legislativní stránku výzkumu, abych neohrozila práva respondentek. Již od začátku jsem účastnicím výzkumu zdůrazňovala, že jejich anonymita

je zaručená, to samé jsem jim také několikrát zopakovala během výzkumu. Z výzkumu bylo také možné kdykoliv odstoupit. Získala jsem od nich ústní souhlas, že průběh výzkumu bude nahráván na záznamník. Jména účastnic nebyla ve výzkumu zmíněna a nahradily je kódy. Vše probíhalo v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Zároveň jsem dbala na to, aby ve mně moje osobní zkušenost s PPP nevyvolala předpojatost či nereflaktovaný protipřenos, což jsem konzultovala i v rámci supervizních setkání s PhDr. Lucií Vlček Pelkovou, PhD.

5.7. Personální a technické zabezpečení

V rámci výzkumu byla zajištěna adekvátní personální podpora. Cyklus setkání s TPT byl realizován výzkumníci a externí supervizi zajišťovala online PhDr. Lucie Vlček Pelková, Ph.D. Sběr dat byl prováděn samotnou výzkumníci, což zaručovalo konzistenci a kvalitu získaných informací.

Technické zabezpečení bylo zajištěno pomocí programu Microsoft Word 2016 pro transkripci rozhovorů, aplikace Skype pro online komunikaci, aplikace Spotify pro reprodukci hudby a záznamníku v mobilním zařízení pro nahrávání rozhovorů. Tyto programy jsem vybrala pro jejich spolehlivost a uživatelskou přívětivost.

5.8. Časový harmonogram

Březen–červen 2023

- studium odborné literatury a vědeckých článků, účast v psychoterapeutickém výcviku se zaměřením na PPP, konzultace výzkumného záměru s vedoucím magisterské diplomové práce
- zahájení supervizních setkání online
- práce na teoretické části

Červenec–srpen 2023

- provedení úvodního rozhovoru s respondentkami
- cyklus čtyř setkání s TPT
- provedení závěrečného rozhovoru
- supervizní podpora

Září 2023

- přepis rozhovorů

Říjen–listopad 2023

- analýza dat
- zpracování výsledků
- e-mailová konzultace s vedoucím práce
- odevzdání práce

6 VÝSLEDKY

V této kapitole se zaměřím na výsledky výzkumu plynoucí z analýzy rozhovoru před a po cyklu setkání s TPT, analýzy sebereflexivních deníků účastnic a pohybové analýzy, kterou jsem provedla jakožto autorka výzkumu. V první kapitole se věnuji jednotlivým případům a představuji zkušenosti našich respondentů v návaznosti na výzkumné otázky. Vždy začnu kazuistickým popisem jednotlivých účastníků. Klíčová témata jsou v textu vždy zvýrazněna. Ve druhé kapitole čtenář najde jednotlivá témata společná pro všechny respondenty, která jsou zachycena pomocí tabulek. Další výsledky výzkumu jsou zde prezentovány v rámci jednotlivých výzkumných otázek.

R1

R1 má 39 let. V současné době není zaměstnaná, ale prochází školením, které ji má připravit na výkon nové práce. Žije se svou jedenáctiletou dcerou v bytě na vesnici. S otcem dcery žijí odděleně, nikdy nebyli sezdáni. Má dceru v plné péči, ale dcera pravidelně otce navštěvuje ve stejné vesnici. R1 pochází z rodiny, kde se jí nedostávalo mnoho pozornosti. Má dvě starší sestry a samu sebe popisuje jako nechtěné dítě. Doma panovala napjatá atmosféra, otec často křičel a matka byla odtazžitá. Dle jejích slov trpí odmala záchvatovitým přejídáním a přejídá se téměř denně. Pranýřuje se za to.

V rámci léčby zkusila chodit k několika terapeutům, nikdy ale nemluvila přímo o PPP, protože se za to doposud styděla. Toto téma poprvé v životě otevřela až při rozhovoru se mnou. Kromě terapií se hodně zajímá o osobní rozvoj. Zmiňuje, že se její dcera také přejídá. Nadává jí za to.

R1 je na první dojem velice milá, laskavá, lehce hyperaktivní, se sklonem hodně mluvit a přebíhat v konverzaci z jednoho tématu do druhého. O svých problémech mluvila s velkou upřímností a otevřeností. Je nadšená z možnosti poprvé sdílet tak citlivé téma a projít si tanečně-pohybovou terapií. Zároveň to v ní však vyvolává napětí z toho, co bude.

Zkušenost s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu

R1 uvádí, že její PPP má **kořeny v dětství** a že se **odmala sebedestruktivně přejídala**. „*V podstatě, co moje paměť sahá, tak jsem se vždycky přejídala. Vždycky jsem zajídala emoce nebo stres. Moje hlavní řešení bylo jídlo.*“ Důvod, proč se přejídala, byl ten,

že bylo **doma nepříjemné prostředí**. R1 byla **nechtěné dítě**. Doma bylo hodně **agrese** a vždy měla **strach z táty**, což implikovalo i **špatný vztah s tátou**. „Bylo tam dost hádek, dost agrese, byl tam jako velkej strach z mýho táty celoživotní. A já jsem jako celoživotně od něho jako nedostala tu mužskou pozornost, tu péči, takže myslím si, že to je velkej důvod, proč to zajídám.“ S **mámou** měla také **špatný vztah**. Máma ji **ignorovala**. „Od mámy tam jsem tu nelásku vnímala jako velikánskou, velikánský rozdíl u sester, u první sestry, která byla samozřejmě chtěná a měla pozornost té mámy. No, takže jako ta mamka měla takovou velikou ignoraci a nezájem vůči mně, to jsem vnímala, že není stejné jako u sester. To vím, že si pamatuju, že jsem někdy chtěla i něco říct a ona se jako vyloženě otočila a vlastně dávala najevo, že se mnou vůbec nechce mluvit. Jako pár momentů si pamatuju, ty bolely.“ Dle svých slov to **zvládala**, ale **bolelo to**. Dostávala **náhradní mateřskou péči** mimo domov. „Ale já jsem zároveň v tom příběhu měla velikánský štěstí, protože jsem měla výbornou kamarádku od školky, která měla maminku, a ta mě milovala jako vlastní dceru. Takže vlastně ona byla taková moje jako ta rodina. Oni bydleli ve stejné vesnici, takže jsem každý den po škole, možná už po školce, chodila k nim, kde jsem měla tu lásku a tu pozornost, takže jsem to zvládala díky nim. Tam jsem zažívala pocity štěstí. Narozdíl třeba od sester, který tento únik neměly, ale já jo.“ Zároveň však cítila **pocity viny vůči sestřím**. To u ní způsobovalo **ambivalenci**. Doma a v náhradním rodinném prostředí u rodičů kamarádky zažívala **hraniční zkušenosti**. Doma to bylo strašné a u kamarádky doma úžasné. „Takže jsem byla napůl doma v tom prostoru, kde se v podstatě nedalo dýchat v kontrastu s tím, kde to bylo prostě báječný, kde jsem byla prostě milovaná, kde byla sranda, kde jsem měla i to zázemí, i tu pozornost a všechno ostatní, takže jsem měla vždycky takový hraniční zkušenosti. V tom dětství.“ **Sestry** jí tuto možnost úniku **záviděly** a ona měla vůči nim celoživotně velké **pocity viny**. „A já jsem, vlastně ještě to mám celoživotně, velikánskej pocit viny, že tam nechávám svoji starší sestru, která na mě byla hodně navázaná...“ Často se **přejídala** taky z **nudy** a z **pocitu samoty**. „Já mám pocit, že když vlastně sedím doma a nudím se, tak se začnu přejídat.“ Když je však ve **stresu**, **nejí**. Například po rozchodu má stažené břicho a necítí se dobře. Kvůli svému **přejídání** pociťuje **stud** a **uzavírá se do sebe**. Má **nepříjemné pocity v těle**, **nesebelásku**, **neustálé pocity napětí v těle** (už od dětství), **stres**, **negativní vztah ke svému tělu**, **nízkou sebehodnotu** (i v **partnerství**) a **kritický vnitřní dialog**. „Protože já se třeba přejím, pak se cítím tlustá, mám tu nesebelásku, ani se mi nikam nechce, takže se třeba nechci potom někam připojit, že někdo někam jde, a já se cítím tlustá, nechce se mi převlíkat, protože jsou mi ty věci třeba malý, takže pak nejdu ven a chci tady být třeba v té své noře, takže tady zůstanu další den a zase se přejím, takže se uzavírám do

sebe a jsem takovej antisociál.“ Chodí na **seberozvojové semináře** a pracuje s **dechem**. „*Tak já se vlastně zabývám seberozvojem a na té teoretické úrovni znám těch věcí dost, ale druhá věc je převést ty věci do praxe. Takže to je vlastně problém. Takže byla jsem třeba v Nepálu se učit dechový techniky, už dávno předtím je znám, byla jsem na spoustě seminářů, pro ženy toho je hodně.*“ Seberozvojové semináře však **nepomáhají s přejídáním**. **Chce na sobě pracovat ještě víc**. V rámci rozhovoru k tomuto výzkumu tento svůj **problém sdílí poprvé**.

Zkušenost s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla

R1 má **předchozí zkušenost s terapeutickým tancem**, ale poprvé se jedná o **individuální lekci**, což vnímá jako benefit. „*Byl to vlastně velikánskej rozdíl v tom, že nás byla větší skupina lidí a vlastně nebyla tam ta intimita. Tím, že vlastně ta terapie probíhá komorně mezi námi dvěma, tak to má pro mě opravdu i ten přesah terapeutické, že tam ten tanec terapeutické byl jenom hezkej zážitek a nebyl tam úplně přínos, ale tady jsem se v rámci toho setkávání podívala i na věci, který mi třeba nebyly příjemný. A tím, že to bylo spojený i s nějakou jinou rovinou než jenom ten tanec, tím že to byla kombinace více věcí, tak vlastně mi to přišlo hodně zajímavý a vlastně ne vždycky se mi do toho chtělo, protože jsem si říkala, co jako v sobě objevím.*“ Následně zmiňuje, že pro ni bylo benefitem také **projít diskomfortních témat a větší množství technik**, které si mohla vyzkoušet a přišly jí zajímavé. Zároveň v ní zkušenost vzbuzovala mnoho negativních pocitů. Například vnímala **strach z toho, co v sobě objeví, nebo stud, že ji vidím**. „*Tak určitě jsem se tam potkala s tím studem. Vlastně jako bylo zajímavý, když jsem měla něco předvádět. Vy jste se na mě dívala, tak to byl hodně velký výstup z komfortní zóny pro mě.*“ Prožívala i jistou **ambivalenci**. Například, když přišly na řadu **techniky, do kterých se jí nechtělo**, ale ona jimi potom zvládla projít, přišla **radost**. „*Ty jednotlivý techniky. Vlastně až na některý, skoro každá pro mě byl výstup z komfortní zóny, který, když jsem potom ale udělala, tak přišla veliká radost z toho, že vlastně... že jsem to zvládla.*“ Nebo u již výše zmíněných **diskomfortních témat**, která se jí už nechtělo řešit, přišlo nejdříve **naštvaní** z nich, což pro ni však bylo zároveň **velkým uvědoměním**, jak velký **odpor** vůči nim má. „*Že vlastně když přišlo nějaký téma, se kterým jsem nechtěla pracovat, tak přišla taková moje typická vlastnost, že jsem si často uvědomila, že ji mám, abych na ní dál pracovala – to je taková naštvanost...*“

R1 vnímá, že jí TPT **pomohla se nepřejídat**, protože prožívala **vyživení i bez jídla**, ale pouze v ty dny, kdy terapie probíhala. „*A ten den, co jsme se potkaly, tak jsem se vlastně*

nikdy nepřevedla, protože jsem byla vyživená jako nějak jinak, tak mi to bylo škoda to zkažit tím jídlem.“ V době, kdy R1 procházela výzkumem, měla zrovna období velkého **stresu**, kdy se připravovala na zkoušky do nové práce a své emoce **zajídala**. TPT jí poskytla **směs pozitivních pocitů, příjemnou úlevu a radost, že někomu řekla pravdu, že nedostala odsouzení, zmizelo napětí.** „*A vlastně pro mě bylo hezký, že na konci každého setkání byla vždycky radost a vždycky mi bylo líp než předtím. A to si myslím, že je hodně důležitý.*“ Cítila se **krásně, spokojeně, zažívala vnitřní klid, ženskost, něhu v sobě, pocit klidného štěstí**, které nemá chuť křičet do světa, ale jen ho cítit v sobě s vděčností. **Ze začátku měla smíšené pocity, cítila nervozitu a stud říci o sobě pravdu a zároveň se těšila a cítila naději, že to vyřeší problém.** V závěru měla z TPT **směs pozitivních pocitů.** Některé techniky pro ni byly výzva. Celkově ji **bavilo být ve výzkumu**, ale měla **pochybnosti, zda to může pomoci.** Měla radost, že se konečně v životě nějak „pohla“ – **nastartovalo ji to.** Vnímala **více energie a chuť žít.** Měla **velké uvědomění, že v sobě skrývá vnitřní sílu, které se bojí. Bojí se být viděna.** Když přijde **nová technika**, tělo na ni **reaguje stresem**, pak se **přestane bát a užívá si to nové.**

Co se týče změn, které TPT R1 přinesla, mluví o **úlevě ze sdílení.** „*No já tam mám vlastně, že jsem schopná jako si to připustit, že jsem to někomu řekla tu pravdu. Tak já si nejsem jistá, jestli jsem o tom s někým vůbec mluvila, že mám tuto potíž. Že vlastně... takže je to pro mě taková konstantní úleva, že jsem to vůbec s někým mohla probrat.*“ Jak jsem již dříve zmínila, vliv na PPP byl pouze ve dny, kdy terapie probíhala, jinak se **PPP nezměnila.** „*Že bych změnila návyky v jídle, bohužel úplně říct nemůžu, protože jsem měla vlastně období, kdy jsem se hodně učila, měla jsem vlastně velikánskej stres, kterej jsem jako řešila jídlem, což já jako dělám.*“ Tanec jí přinášel obrovskou **radost.** „*Zároveň tam mám obrovskou chuť začít se pravidelně hýbat... a pro mě není posilovna, uvědomila jsem si, že chci tancovat.*“ Nyní má **obrovskou motivaci začít tancovat.** „*Takže jsem se rozhodla, že si najdu v Olomouci nějakou hodinovku, kde budu chodit tancovat, a udělám si z toho pravidlo; a to je vlastně moje veliká vize a mise na to období do Vánoc. To je určitě pro mě a mám v tom velkou chuť. Už jsem se i dívala na pár webů, kam bych mohla chodit, a jako chci nějaký výrazovej spontánní tanec.*“

Vztah s tělem před výzkumem, přání ke změně, vztah s tělem po výzkumu

Když se zaměříme na vztah s tělem R1 před výzkumem, zjistíme, že má **nepřijetí svého těla a stud**, které mají **kořeny v dětství.** „*Nemám ho ráda. Nepřijímám se vlastně taková, jaká jsem. Jako malá jsem se styděla za velký břicho v plavkách. Vlastně jsem měla*

pořád tendenci se schovávat, bála jsem se vyslíct. Proto nechodím třeba na bazény. A... já jsem se vlastně sama sobě nelíbila, ale kvůli čemu, to netuším.“

Co se týká přání ke změně ve vztahu s tělem, R1 by ráda zapracovala na **sebeřijetí** a **sebelásce**. *„No já bych se konečně chtěla naučit přijímat tak, jak jsem. I jako s těma nedokonalostma. Protože mi přijde, že možná, že když to přijmu, tak to konečně přestanu dělat. To, že bych ho chtěla mít ráda, to, že bych se na sebe ráda chtěla dívat do zrcadla. Vím, že s takovým tím potěšením a láskou mám od malička problém.“* Chtěla by větší **disciplínu**, ke které se teď nedokáže vyburcovat. *„Já bych taky ráda... nemám vlastně tu disciplínu... protože když mám pravidelný pohyb, tak se potom taky nepřejídám, ale nedokážu se teď k tomu vyburcovat. To bych měla větší radost, protože stagnace vlastně není dobrá, že jo. Takže já vlastně vím, že to tak mám, ale nedokážu to nějak rozproudit. Takže bych prostě ráda pravidelně tancovala, cvičila, abych se cítila dobře, aby se mi ráno dobře vstávalo, nejradši bych zapracovala na této věci.“*

V poslední části otázky se věnujeme vztahu s tělem R1 po ukončení setkání v rámci cyklu TPT. Dle jejích slov došlo k té změně, že se nyní **netrestá za přejedení**. *„Nepranyřuju se, když se přejím. Tak vlastně... tak vlastně, když se přejím třeba teďka... že jo, když jsem se přejedla, hned jsem se šla podívat do zrcadla, že jsem jako hnusná, jak to bylo vlastně vidět. Ted'kom... se vlastně na ty věci, které se mi nelíbí nedívám v zrcadle, prostě to nechám být“* Dá se říct, že u ní dochází k většímu **sebeřijetí**: *„Protože teďka jsem ještě měla náročný zkouškový období, takže jsem se hodně učila, byla jsem doma, tak jsem se uzemňovala vlastně jídlem a sladkostma, ale jindy bych vlastně do půlnoci ležela a vyčítala si to, tak jsem se to snažila brát jakože oukej, že to tak je, potom to změním, a když jsem v té fázi, kdy mi to vadí, tak tam prostě nejdu a nedívám se na sebe do toho zrcadla.“* **Záměrně odklání pozornost na pozitivní věci**. *„Když jdu někam ven a hezky se upravím a vezmu si ležerní oblečení, tak se na sebe jdu podívat. Takže, takže se vlastně snažím soustředit na ty věci, který se mi spíš jako víc líbí než to, co se mi nelíbí. Ony jsou tam pořád, ale já je vlastně nepozoruju tolik.“* Vnímá **sebelásku** a **umí se ocenit**: *„Jako musím říct, že umím být elegantní, že umím pracovat s tím, co mám nebo co jsem si sama způsobila, tak zároveň s tím umím jako pracovat, umím se hezky oblíkat, mám vkus.“*

Podpůrné faktory v TPT

Jako podpůrný vnímá R1 **samotný tanec**, to, že se „stává tancem“, je pro ni **přirozené být v pohybu**, prožívá **rytmus**, **pocit, že žije**, **osvobození**, **krásný prožitek**,

svobodu, úlevu, velkou energii, která se může **ventilovat** a mění se v **radost**. „Co je pro mě tanec? Vlastně je to pro mě něco, co je... ne, to není něco, protože já vlastně tím jsem. Já... pro mě jako je veliká přirozenost být v pohybu, v tom tanečním pohybu – já miluju hudbu, já miluju rytmus, já ho slyším; a já vlastně, když můžu tancovat, tak mám pocit, že jako... že vlastně žiju, že... jako pro mě je nejkrásnější noc jako protancovaná. Takže pro mě je ten tanec osvobození, je v tom velikánská svoboda. Veliká jako úleva, já vlastně mám hodně energie v sobě, takže je to i takovej jako výbornej ventil energie, která vlastně... ta energie se potom mění v radost, já nejsem unavená po tancování, já jsem radostná.“ Říká, že je pro ni TPT jako terapeutická metoda velice vhodná, protože si díky ní uvědomuje, v jaké **stagnaci** po prožitém **traumatu** je. „A i samozřejmě si uvědomuju v tom tanci, v jaké stagnaci jsem občas. Vlastně bych tak moc chtěla, ale potom to vlastně nejde po tom traumatu, kdy ta duše by vlastně tak chtěla tancovat. Ještě někdy to tělo, jak je někdy v té stagnaci, jak je někdy těžký se rozhodovat, jak je vlastně těžkopádný, že je to vlastně terapeutická metoda pro mě.“ Tanec jí přináší **vášeň a naplnění**: „Když netancuju, tak mám pocit, že žiju napůl. Jo, že někoho vlastně baví něco, někoho něco, ale já si vlastně uvědomuju, že od mala ráda tancuju. Já jsem mládí trávila na diskotékách, protože mě odmala bavilo tancovat. A vlastně teďka, když si říkám, že mi v životě něco chybí, tak je to vlastně ten tanec. Protože ta moje energie, ta moje nálada se vlastně vůbec nedá srovnat před a po...“ Tanec jí pomáhá **probouzet ženskou energii, propojit se s pánevním dnem,** jedná se o **prazákladní princip**. „Je to hlavně o tom pánevním dnu, je to spojení s Matkou Zemí, je to vlastně prazákladní princip, který vlastně můžeme probouzet tím tancem, že vlastně používáme pánevní dno, nasloucháme rytmům, jo, je to jako tlukot, když nosíte třeba miminko. Je to spojení s rytmem, se Zemí, s živly – já miluju tancovat venku, jako na rose, chodit bosa, je to vlastně ta prapůvodní nejjednodušší věc, jak se cítit žensky, vyživeně, jak vlastně pracovat sama se svou energií.“ **Sebepřijetí a sebelásku** popisuje jako další podpůrné faktory: „To přijetí... já vlastně vždycky, když si zatancuju, tak se mám o něco radši. Takže je to o té sebelásce určitě. Že vlastně když si dovolíte jít s tou hudbou, s tím proudem, tam jako nejde u toho se nemít rád. Je to vlastně taková přítomnost. To je vlastně tak ženská věc, že vlastně... myslím si, že je to perfektní nástroj k tomu se mít rád. Mít rád i to fyzický tělo.“ Dalším přínosem je **samotná terapie a sebereflexe,** jak říká, byla to pro její **duši velká výživa**. „Je hezký se tak na sebe podívat, já vlastně jsem teď dlouho... rok asi, nepamatuju si, jakože občas jsem na terapii chodila, teď jsem dlouho nikde nebyla, a je to pro mě velmi přínosný – s někým si takhle udělat pár terapií, jako podívat se na sebe, říct o sobě věci, který jako úplně nechci říkat každému na setkání, jako třeba... takže, je to

vlastně pro tu mou duši velká výživa.“ A pak dodává: „Je to tak, že když já se vyživím jako žensky, třeba mám tu esenci, když ji vyživuju, tak já to vlastně potom nedělám. Tak nedělám to přejídání. Ale tím, že jsem na sebe trošku zapomněla a jsem na sebe hodně tvrdá, tak té výživy fakt není, kolik bych si měla dopřávat, a myslím si, že ve chvíli, kdy čím víc bude tady těch věcí, tím méně bude přejídání.“ R1 vnímá, že se skrz **diskomfort** dostává k **příjemnému stavu**. „Takže je super, že i to, co vypadá na začátku náročný, tak když se tím jako projde, tak vlastně může být nakonec velmi krásný a přínosný a radostný, i přestože to není úplně příjemný.“ Jako velmi podpůrné vnímá, že si mohla v rámci terapie vyzkoušet **různé techniky**. „Zase se mi líbilo, že to bylo rozmanitý. Já jsem si myslela, že budu vždycky dělat to samý nebo podobný, vlastně to setkání každý bylo tak diametrálně odlišný, že to bylo vlastně nakombinovaný. Že vlastně bylo jedno setkání, kde jsme téměř netancovaly, ale zase tam bylo vlastně poznávání věcí, zavázané oči a vlastně používání těch smyslů...“ Také jí pomohlo **sdílení, laskavost, jemnost**. „To zvědomění toho, že já vlastně tu výživu pro sebe, tu laskavost, tu jemnost, potřebuju jako pěstovat, a když tam mám laskavost a jemnost, tak tam nemám místo na to přejídání. A ve chvílích, kdy jsem na sebe tvrdá, tak tam prostě je.“ Uvádí, že si váží **přívětivého přístupu terapeutky a přijetí**. „Prostě takovej jako přístup, jakože přívětivej, že já můžu říct i to, i když mi ta jedna technika byla nepříjemná, tak jste to jako přijala, že jste řekla oukej, vlastně to vůbec nevadí, možná to tak má být, možná to přijetí.“ Cítí, že měla na terapii **bezpečný prostor**. „Bezpečí absolutní. Což je jako úplně základní věc, že? A přitom není samozřejmá, ale jo, to bezpečí tam bylo veliký.“ R1 pomohla TPT s **vnímáním vlastního těla**. „Tak vůbec si to tělo uvědomit, vůbec si uvědomit, že já v tom těle jakoby jsem. Být jako přítomná v tom svém vlastním těle – jak reaguje, jak se cítí, jak vlastně... jestli je vlastně ve stagnaci, nebo mi jde se přirozeně hýbat. To mě bavilo, vlastně pozorovat, že já jsem se třeba těšila na tu terapii, ale taky jsem cítila, že třeba ten pohyb chci, ale ještě to úplně nešlo.“ Zpracovat si náročná témata pomocí hlubokých technik jí také pomohlo s **odpuštěním**. „Ale bylo tam vlastně takový velký sebezachopení, přijetí toho, že to vlastně takhle bylo, taková potřeba se vlastně ukonejšit, si jako odpustit nebo jako nebýt vlastně v tomhle.“ TPT pomohla s **autentickým sebevyjádřením**. „... protože jsem tam mohla ukázat sebe, protože někdo vlastně řekl... protože já se mám vlastně otevřít v té pravdě nebo ukázat se taková jaká jsem, aby to nebylo moc nebo, abych vlastně... vůbec si to jako dovolit. Bylo super si to moct dovolit v bezpečné atmosféře a s pocitem, že mě za to nikdo nebude soudit...“ Níže se dozvíte, že R1 v rámci faktorů znesnadňujících proces uvedla přítomnost terapeutky, zároveň však v rámci podpůrných faktorů, které jí s tímto pomohly, uvádí **přijetí a verbalizaci**. „Jenom jsem přijala, že to tak je, a na konci jsem to

u našeho sezení třeba řekla. “ Techniku **zrcadlení** vnímá jako podpůrnou, jelikož pomohla ke sblížení se mnou jako terapeutkou, zároveň jsem ji však z jiného důvodu musela zařadit také mezi faktory znesnadňující proces.

Faktory znesnadňující proces v TPT

R1 sama u sebe vnímá **špatný setting**, že je důležité **dát si před terapií prostor**. „*Jako tam bych jenom ošetřila u sebe věc, že vlastně... když ta terapie začne, tak si dát prostě hodinku a zrelaxovat ještě předtím, abych se mohla víc naladit, abych se mohla dřív do toho uvolnit.*“ V rámci terapie u ní byla zdrojem nervozity a výstupu z komfortní zóny **přítomnost terapeutky**. „*U každé techniky mě to znervózňovalo. Jo, je to vlastně velikánský výstup z komfortní zóny. Každá ta technika, i ty zavázaný oči – jsem si vlastně uvědomila, je tu někdo, kdo mě vidí. A to je jako vlastně pro mě velká věc... no, protože to ne vždycky bylo příjemný.*“ R1 zmínila také jako znesnadňující faktor **perfekcionismus** a **kritizování sebe sama**. „*Když mě někdo sleduje, tak mám pocit, že bych to měla dělat dobře a správně. I když o tom to vůbec nebylo, ale někde ve mě je tam ten scénář, tak se jako snaž, ať to neuděláš blbě...*“ Jako extrémně nepříjemnou a náročnou vnímá techniku **zrcadlení**, zároveň však zmiňuje podpůrnou stránku zrcadlení, o které jsem psala výše. „*To zrcadlení bylo extrémně nepříjemný. To je vlastně jako dívat se na sebe – vůbec to nebylo příjemný. To byla velmi náročná technika, vlastně.*“

Jednotlivé techniky

V rámci prvního setkání jsme hned našly techniku, která pro ni byla, dle jejích slov, extrémně **nepříjemná**, ale zároveň **zajímavá**, jednalo se o **zrcadlení**. R1 zmiňuje opět ambivalentní pocity. „*Jako asi nejtěžší bylo to první setkání, kdy vlastně jsme měly napodobovat sebe, kdy já jsem dělala pohyb a Vy jste dělala všechno to, co jsem dělala já. [...] To zrcadlení bylo extrémně nepříjemný. To je vlastně jako dívat se na sebe – vůbec to nebylo příjemný. To byla velmi náročná technika, vlastně. [...] Ale zároveň neuvěřitelně zajímavá. Ještě teď mi běhá mráz, jenom o tom říkám. Zase oslovuju nějakou velkou věc, protože mám husí kůži – to byla velká síla.*“ V prvním případě, kdy vedla pohyb ona, prožívala pocity **studu**, **nejistoty**, **trapnosti** a **zodpovědnosti**. Když jsem vedla pohyb já, bylo to pro ni lepší, protože nemusela vést, **nebyla na ní zodpovědnost**. Díky zrcadlení se dostala k **hlubší sebereflexi**. „*Když jsem pak viděla, co dělám s rukama, prostě to napětí, jak tam mám v těch končetinách, trošku tlak, jak vlastně dělám ladnou věc, ale pak mám potřebu se vytřepat. Jak mám vlastně... jak mám v tom těle usazených spoustu věcí, který*

jako potřebuju pustit, vytrást. Tak vlastně, když to vidím na někom, co já mám za pohyby, tak si říkám ,aha, potřebuješ opravdu vypouštět přes fyzický tělo, jak tam bylo to napětí.“ Zároveň jí tato technika pomohla ke **sblížení** se mnou jako s **terapeutkou**. Pomohla k tomu i **legrace**. *„A pak nakonec byla i jako ta legrace, že jsme si jako zatancovaly spolu a byla ta radost a smály jsme se nakonec.“* Další technika **pohybového dialogu** jí přinesla mnoho pozitivních pocitů. Od pocitu **uvolnění** a **hravosti**, přes **smích** až po pocit **sesterství**. **Rovnovážné rozložení zodpovědnosti** jí přineslo větší **pocit lehkosti**. Poslední technika **autentického pohybu** pro ni byla **výzvou** v tom, že měla **strach být viděna**, **uvolňování** jí šlo **pomalů**, a jak říká, často **byla v hlavě**. Potřebovala se **uzemnit**, **dotknout se sama sebe**, **dát si laskavost**, **obejmout se**. Uvědomuje si, že nikdo jiný to za ni neudělá, nemůže čekat na nikoho zvenčí. *„Musela jsem se hodně vědomě vracet k tělu. Ale nešlo to úplně. Potřeba položit – odložit hlavu. Být nízko, u země. Uzemnit se a stabilizovat.“*

Co se týče druhého setkání, techniku **vnímání prostoru** vnímá jako hodně pozitivní. *„Bylo pro mě zajímavý poznat prostor jinak než očima, sahat si na měkký polštář, prostě, chodit po měkkým koberci – to bylo tak krásný. Vnímat jinými smysly, než jsou ty oči.“* Zkoumá také květiny nebo tibetskou miskou. Dělal jí dobře pocit **měkkosti** a **hřejivosti**. Jako zvlášť příjemnou vnímá deku, polštář, pocit bosých nohou na hřejivém koberci. **Krabička pěti smyslů** v ní vzbuzovala **radost**, **zvědavost** a **hravost**, přišlo jí to zábavné. *„Jsem se v tom tak dobře cítila, dobře jsem se bavila. Tak mi vlastně dělalo radost, když měl přijít nový předmět, tak jsem si říkala, co tam ještě bude za předmět. Když tam byla vůně, tak mě bavilo poznávat, co to je.“* Uvědomila si, že když přichází nová technika, tak tělo reaguje na **stres**, potom se však přestane bát a **užívá si to nové**. Jako hodně pozitivní vnímá, že technika probíhala se **zavázanýma očima** a že byla zaměřená na **smyslové vnímání**. *„Potom byla krásná technika poznávání chutí, poznávání předmětů jako taky se zavázanýma očima. Vlastně mě baví techniky se zavázanýma očima obecně. To bylo úžasné. Mě na tom bavilo, že jsem měla uhodnout, co to bude.“* Nejvíce se jí líbil hudební nástroj, dle svých slov si zamilovala chuť švestek. Lapač snů si přikládala na ruce a tváře, u vůně říkala, že je tak intenzivní, že by se jí z ní mohlo udělat špatně, vibrace zvuku, dle jejích slov, pozvedává prostor, chuť švestek jí přišla kyselká a zároveň sladká, měla příjemnou strukturu a chtěla si jich dát hned několik, v růži viděla dokonalost a líbilo se jí, jak byly nejmladší lístečky schovány uvnitř. Říkala, že by si ráda podobnou techniku vyzkoušela se svojí dcerou.

V rámci třetího setkání pro ni bylo benefitem **projít si náročná témata**. *„A potom pro mě byla síla ještě vyjádřit v pohybu nějaký ty období, kdy mi nebylo dobře, kdy jsem to*

vlastně měla znázornit v tom těle, že jsem si vlastně lehla, skrčila jsem se, nechtěla jsem nic, jenom se schovat pod deku, takže jako zvláštní, že jsem měla v tom těle znázornit, jak jsem se cítila v těch temných třeba jakoby obdobích.“ Tato pohybová verze terapie jí hodně pomohla se **sebeláskou, sebebřijetím, sebecpochopením a odpuštěním**. „Pomohlo mně to jako se tak konejšit, nebýt na sebe tak tvrdá, že vlastně... já mám v sobě... na sebe jakoby přísnost, a když jsem ležela jako v té roli a byla jsem vlastně schoulená, tak tam nebyla sebelítost, ale bylo tam vlastně takový velký sebecpochopení, přijetí toho, že to vlastně takhle bylo, taková potřeba se vlastně ukonejšit, si jako odpustit...“ Zároveň se jí do techniky hodně nechtělo. Vnímala velký **odpor**. Nechtěla se vracet k tomu, co už bylo. Podobnými technikami již prošla na seberozvojových seminářích. Říká, že jí zajímá spíš budoucnost. Řešily jsme, jak s tím dál pracovat. V průběhu terapie jsme musely **upravit techniku** na míru respondentky. „Odešla tíseň, našťvanost a velká nechuť a zásek. Překvapilo mě, jak velký odpor jsem k této technice měla.“ Z jejího příběhu jsme za jejího souhlasu vytáhly pouze jednu silnou událost, která nastartovala změny v jejím životě. Jednalo se o **narození její dcery**. Když začala mluvit o této události, rozzářily se jí oči. „Bylo mi blbě říct to Simonce, ale přijala to, mě to uvolnilo a pak jsme si o hlavním mezníku mého života povídaly, bylo to narození mé dcery.“ Popisuje, jak těhotenství málem nepřežila, nejedla a bylo to pro ni extrémně náročné. V té době jí pomohla terapeutka. Identifikovaly jsme, že její odpor je v pořádku. Tuto část terapie jsme zarámovaly slovy **naděje** a **pocit svobody**. Velmi si pochvaluje fázi **oslavy**, kdy si mohla pustit svoji oblíbenou písničku. Ve svém sebereflexivním deníku k tomu píše toto: „Je o naději, je o tom dívat se dopředu, o kráse života a světa, o síle začínat znovu a znovu.“ Závěr terapie shrnuje těmito slovy: „Takže konec terapie byl nakonec krásný, radostný a uvolňující. Cítila jsem vděčnost, že být autentická je v pořádku.“ V rámci fáze oslavy pro ni byla hodně důležitá moje **podpora v sebevyjádření**: „... bylo úžasné si to moct zatancovat přesně tak, jak já chci, bez pocitu, že mě někdo odsuzuje, a vlastně za podpory toho, že jsem měla radost, čím víc jsem si to užívala ještě, tak jste mě vlastně podporovala, protože to byl vlastně Váš pokyn jako ‚běž a zatancuj to, jak to cítíš‘, tak to mi vlastně přišlo hodně svobodný si to dovolit.“

V rámci posledního čtvrtého setkání pro ni bylo v pohybu velice důležité opět **sebevyjádření**: „... měla jsem to vlastně po té meditaci, při té poslední terapii, kdy jsem si potom stoupla s tou dekou a měla jsem se za sebe vyjádřit, tak jsem vlastně měla silný prožitek, měla jsem z toho husí kůži po těle, že vlastně to bylo takový jako... takovej křest můj vlastně...“ Jako úžasnou vnímá techniku **imaginace**, která přinesla **blaženost**.

*„Meditace byla úžasná, hřejivá, hlas Simonky hladil a zklidňoval. Bylo to takové wellness. A díky uvolnění pak šla i kresba.“ V tanci pro ni bylo hodně důležité, že měla na sobě **deku**, která jí vytvářela **pocit bezpečí**. U kresby vnímala, že ji ruka (tělo) vede sama: „Na konci mi došlo, že jsem v podstatě malovala čakrový systém.“ Celkově tato terapie přinesla pocit **lehkosti, radosti, uvolnění a spokojenosti**. Zvláště důležitý pro ni byl prožitek **ženskosti** a **ladnosti**. Jak popisuje ve svém sebereflexivním deníku: „Pocit klidného štěstí, které nemám chuť křičet do světa, ale jen ho cítit v sobě a s vděčností. Tělo se konečně uvolnilo – konečně po náročném dnu a celém týdnu. Velké uvědomění toho, jak je pro mě důležité pěstovat v sobě ženskost a ladnost, namísto rychlosti a výkonu.“*

Pohybová analýza

V rámci pohybové analýzy jsem sledovala u všech respondentek čtyři kvality pohybu: tělo, síla, tvar a prostor. V kategorii **tělo** se zaměříme na to, co se v těle pohybuje, (ne)používání jednotlivých částí těla, jejich vzájemné (ne)propojení v pohybu, používání kinesféry, rozložení dechu v těle, místa, kde je v těle napětí, a části těla, které jsou uvolněné, držení těla, přenášení váhy v těle, používání pohybů gesturálních (bez zapojení centra těla) a posturálních (se zapojením centra, aktivujících celé tělo, kde je pohyb v těle iniciován).

Další kategorií je **prostor**, o kterém Laban (1966, s. 4) řekl: „Prostor je skrytou charakteristikou pohybu a pohyb je viditelným aspektem prostoru.“ V této kategorii se ptáme, kde se člověk pohybuje? Sledujeme kinesféru, tedy prostor, který naše tělo v pohybu zaplňuje. Pozorujeme, jak se člověk prostorem pohybuje a jaké v něm zanechává stopy. Získáváme informace o kinesferických preferencích a interpersonálním prostoru. Prostor, ve kterém se pohybují naše končetiny, nazýváme prostor dosahu. Ukazuje vzdálenost, kterou zaujímají naše končetiny od těla. Rozděluje se na blízký, střední a vzdálený. Rozlišujeme tři úrovně kinesféry – při zemi, střední úroveň a ve stoje. Také si všímáme směru pohybu (nahoru/dolů, doprava/doleva, dopředu/dozadu) a roviny pohybu (horizontální – komunikace, vertikální – přítomnost, sagitální – rozhodování, jednání, ovlivňování okolí).

Kategorie **tvar** řeší, jak se člověk vztahuje k sobě a okolí. Obsahuje tři módy vztahování se našeho těla k okolí: plynutí tvaru, tvarování a zaměřený pohyb. Plynutí tvaru řeší pohyby v rámci vlastního těla, dotýkání se vlastního těla, změny ve tvaru kinesféry, změny kontury těla spojené s dechem a podobně. Tvarování řeší na proces orientovaný způsob vztahování člověka k okolí. Do zaměřeného pohybu patří cílené pohyby směrem k okolí.

Kategorie **dynamika** odráží expresivní komponentu pohybu, jeho emoční náboj. Řešíme zde, jak se člověk pohybuje. Dynamika pohybu se skládá ze čtyř faktorů: prostor, váha, čas a plynutí. To, jak jsou kombinovány pohybové kvality z kategorie dynamiky, je určováno dvěma aspekty: fyzickým a mentálním. Dále se každý z faktorů kategorie dynamiky pohybuje mezi dvěma extrémy.

V rámci kategorie **tělo** používá R1 hlavně **periferní části těla**, do kterých dává **sílu**. Občas kopne nohou nebo švihne rukou. Je vidět **napětí v rukách**. **Střed těla** je **neaktivní**. Má hodně **gesturálních pohybů**. Moc **nezapojuje hlavu**. **Tělo** je **stabilní**. **Rovnovážné postavení těla**. Pohyb je **sekvencovaný a iniciovaný distálně**. Zároveň je však v jejím těle přítomná **lehkost**. **Uvolňuje se pomocí hlasitého hlubokého dechu**. V kategorii **prostor** je pro ni **výzvou se dotknout rukou s terapeutem**. Udržuje si **osobní prostor**. Má **blízký prostor dosahu**. Drží si **nízkou úroveň pohybu**. Dělá jí dobře **kontakt se zemí**. Hodně jejích pohybů směřuje buď **nahoru/dolů** nebo **doprava/doleva** a ve **vertikální rovině – klesáním**. V rámci kategorie **tvar** se občas **obejme, pohladí se** např. po břichu, **ráda se dotýká různých částí svého těla**. Na **kontakt s druhou osobou** reaguje převážně **stažením**. Vytváří **obloukové zaměřené pohyby**. Dělá jí dobře houpání a kývání. Nakonec se zaměříme na kategorii **dynamika**. V rámci faktoru **času** je pohyb **zadržovaný**, u faktoru **prostoru nepřímý**, u faktoru **váhy** je dominantní **lehkost** a **plynutí je volné**.

R2

R2 je 22 let. Studuje dvě vysoké školy zároveň. Bydlí na studentském bytě. Momentálně nemá žádnou brigádu ani jiný přivýdělek. Rodiče jí přispívají na vysokoškolský život. Pochází z harmonické rodiny, kde matka byla dominantnější než otec a oba dva rodiče jsou orientováni na výkon. R2 má dva starší sourozence, nejstaršího bratra a prostřední sestru. Celá rodina se věnuje sportu, ona sama dříve závodně sportovala, čehož se rozhodla vzdát v rámci léčby PPP. Dosud neměla partnera a oporu nachází v přátelských vztazích. Doteď hodně cestovala a ráda by v tom pokračovala.

R2 se potýká s mentální anorexií již od deváté třídy na základní škole. V průběhu léčby užívala antidepressiva třetí generace, která před nedávnem vysadila. Jako přidružené onemocnění se u ní dodnes projevuje obsedantně-kompulzivní porucha a úzkosti. V rámci léčby také docházela na terapie, k psychiatrovi, k výživovému poradci a na koučink. Absolvování koučinku vnímá jako nejpřínosnější z hlediska léčby. Momentálně je na tom nejlépe za celou dobu trvání nemoci a svoji fázi léčby pojmenovává jako „cílová rovinka.“

Stále si však přeje přibrat, aby se zmírnily její obsesivní myšlenky, a chce si udržet stabilní menstruační cyklus. Léčbu vnímá jako psychicky náročnou a uvědomuje si, že kdykoliv může dojít k relapsu. Je vysoce motivovaná se plně uzdravit.

R2 působí velice sympaticky, je milá, aktivní a má sklony nad věcmi příliš přemýšlet. Samu sebe popisuje jako perfekcionistku, což můžu potvrdit.

Zkušenost s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu

Začátek poruchy vnímá okolo deváté třídy: „*Takže mě to začalo objevovat nebo jsem to na sobě začala pozorovat kolem deváté třídy. Nebo osmá, devátá třída, tak nějak a... v kontextu mé rodiny a táhlo se to se mnou, ta nejhlubší mentální anorexie se mnou byla třeba do čtvrtáku na gymnáziu...*“ **Rodinu nevnímá jako rozhodující pro rozvoj PPP**, zároveň však zmiňuje, že podle ní hrálo roli při vývoji PPP téma **sourozenecké rivality**, konkrétně směrem k sestře, a **hledání blízkosti** k bratrovi. V sebereflexivním deníku uvádí: „*Zaujalo mě, že jsem po dlouhé době byla dotázána na příčinu PPP, nad kterou jsem dlouho nepřemýšlela a při léčbě (koučink) pro mě nebyla důležitá a vlastně ani teď tolik není. Vím jen, že je to podle mě multifaktoriální, že s jednotlivými faktory doteď pracuju a že jednotlivé faktory samy o sobě nejsou příčinou PPP, ale jejich kombinace to mohla spustit.*“ Mezi těmito faktory zmiňuje svůj **perfekcionismus**, který má **odmala, výkonnostní rysy**, které jsou v její **rodině normou** či **závodní sport**. „*A zejména to vidím tam, že tam jsou moje perfekcionistačtý črty, který mám už odmalička, a výkonnostní a možná výkonnostní co se týče rodiny, tak vlastně odmalička jsem plavala a hrála volejbal a vlastně moje rodina je výkonnostně založená a... ale vlastně mě třeba nikdy nebavilo tolik závodit... závodit v plavání nebo... prostě jako jet na výkon, ale jelikož takhle ta rodina byla založená, tak asi jsem to nějakým způsobem chytla a teďka vnímám, že u táty je to třeba tak, že táta to má taky podobně, že on chce jít do výkonu nebo on se nutí do výkonu, i když sám říká, že by rád odpočíval.*“ Dalším z faktorů může být její **pečovatelská máma**. „*A mamka je taková jako svérázná osoba a... která je hodně pečovatelská, hodně o mě pečuje, o nás, o rodinu a je hodně jako ztotožněná s rolí mámy a možná to taky do toho kontextu může zapadat.*“ Co se týče **dynamiky vztahu rodičů**, **máma je dominantní**. Dle jejích slov **rodiče ji nenutili do výkonu**, ale **zaplula do systému rodiny** a motivovala ji **parta lidí ve sportu**. **Nyní už volejbal nehraje**, ani se **nevěnuje plavání kvůli PPP**. „*No já jsem tam skončila i z důvodu poruchy příjmu potravy, že jsem věděla, jakože to není úplně ideální období, abych sportovala, když mi to neprospívá a ještě víc mi to tu PPP prohlubuje, a to stejný vlastně s plaváním, to jsem vlastně ještě plavala závodně.*“ Dalším faktorem při rozvoji PPP mohl

být **dramatický kroužek**, kdy se jí poprvé rozjely **kontrolující myšlenky** ohledně váhy. „... učitelka nám říkala, že teď jsme teda ve věku, kdy přibíráme, protože dospíváme, tak že bysme tohle cvičení měli dělat minimálně jednou denně, tak mně tam naběhly už ty kontrolky...“ Také zmiňuje faktor **dospívání**. Mezi **projevy PPP** patřil **excesivní pohyb a skrývání se s pohybem**: „Začalo se to projevovat tím, že jsem se tlačila do sportu vědomě tím, abych neustále byla v pohybu, protože jsem prostě chtěla být v pohybu, začalo se to projevovat třeba tím, že jsme byli se třídou v Chorvatsku a ráno jsem šla vždycky se spolužačkou běhat a pak jsem ještě zvlášť šla třeba cvičit navíc nějaké cvičení, ale v tom, aby to ostatní neviděli.“ Kvůli PPP **popírala realitu**, ale **somatizovala a hledala zástupný problém**: „Já jsem si to asi nechtěla připustit a neuvědomovala jsem si a nevěděla jsem, co se děje, protože jsem věřila tomu, že když půjdu na nějaké vyšetření, tak se třeba objeví něco, proč se to děje. Proč mě třeba bolí břicho, proč jsem tak unavená.“ Chodila na různá vyšetření, ale **doktoři to nezjistili**: „Takže oni mě třeba posílali na nějaký vyšetření, ale pořád se nic nedělo a nikdo si neuvědomoval, že by to mohla být právě mentální anorexie.“ K **prvnímu uvědomění** došlo u **výživové poradkyně**, kde se **rozbrečela**: „... když jsem tam byla s mojí mamkou a řekla jsem, že bych chtěla, aby mamka odešla z té místnosti a já jsem se tam té výživové poradkyni rozbrečela, že se bojím, že přiberu, a v ten moment jsem si asi naplno uvědomovala, že tam je asi nějaký problém...“ K dalšímu uvědomění došlo, když navštívila **psycholožku**, a ta **odhalila její poruchu**. Během poruchy se u R2 vyskytovaly **úzkosti a depresivní ladění**. Přístup členů rodiny k její nemoci se dost lišil. **Máma jí pomáhala**: „...moje mamka byla neustále jakoby při mně a neustále opakovala, že neví, že se omlouvá, že tady se mnou jako bude, ale že neví, jak k tomu má přistupovat, a ta sama se myslím jako dost plácala, ale kdykoliv jsem jako potřebovala nějakou podporu, kdykoli jsem měla jako úzkosti až jako depresivní ladění, tak prostě byla u mě...“ **Táta se neangažoval**, ale **podporoval mámu, sestra chtěla pomoci a bratr se vyhýbal konfrontaci R2 s tématem**: „...bráchovi jsem to řekla teďka asi před půlrokem, kdy jsem se s ním o tom bavila, a on řekl, že o tom věděl, ale že se bál, že mě tím ještě víc zatíží, když se se mnou o tom bude bavit.“ Vlivem PPP **stála v ústraní rodiny**: „... doted' si myslím, že to má vliv na to, že mě berou jako tu holčičku, která se bojí, která je v tom ústraní a nedokáže se úplně projevit...“ Popisuje, že PPP mělo **negativní vliv** i na **přátelské vztahy**. Místo přátel věnovala pozornost **excesivnímu cvičení a jídlu**. V rámci **léčby** chodila k **výživové poradkyni**, k **psycholožce**, na **seberozvojové workshopy** a na **koučink**, který považuje za největší **skok v léčbě**. Jako největší **benefit léčby** vnímá **schopnost být v přítomnosti** a více se **koncentrovat**, už se tolik **neizoluje** v rámci **vztahů**. Také u sebe vlivem léčby

začala vnímat větší **flexibilitu** a **úbytek repetitivního chování**. **Nemoci více podléhá**. R2 se momentálně **cítí dobře** a **nejvíc po PPP**, co se kdy cítila. Má velkou **motivaci**. „*Že už dál nechci být v tom stavu, ve kterým jsem předtím byla, a momentálně se teďka cítím nejvíc po poruše příjmu potravy, co jsem se kdy cítila, jako v tý silný poruše příjmu potravy.*“ Svoji současnou fázi léčby popisuje jako **cílovou rovinku**, zároveň je to pro ni však hodně **náročné**: „*... i když to prostě vezmu do té metafory, tak celý ten závod to je léčba a teď mám před sebou tu cílovou rovinku a už vidím, že je hrozně náročný doběhnout, protože už jsem vynaložila všechnu tu sílu...*“ Stále je zde však **riziko relapsu**: „*... teďka momentálně asi vnímám nejlíp, co jsem kdy vnímala, protože jsem přibrala pár kilo a cítím se mnohem silnější, ale pořád jsem na hraně ještě mé váhy, kdy ještě může dojít k relapsu, ale snažím se ještě víc přibírat, je to psychicky náročnější přibírat, ale je to potřebný.*“ Jak již bylo zmíněno, **potřebuje přibrat na váze** kvůli **menstruaci** a **obsesivnímu myšlení**, které se nejčastěji týká **jídla** a **pohybu**. Na tyto obsesivní myšlenky se snaží **nereagovat**: „*... ale pořád se tam jakoby objevují, ale za mě teda jako jsem s tím jako smířená, že když ta nemoc trvala jako šest nebo sedm let, takže to jako nezmizí z ničeho nic, takže prostě jsou tam a nebudu na ně reagovat...*“ Toto **obsesivní myšlení** měla už **před nemocí**, jak popisuje cca od 8. třídy: „*... že to je dost vyčerpávající v tom, že už jsem třeba dost unavená, ale vím, že na ten záchod musím jít třeba ještě třikrát, anebo když si ohřívám jídlo v mikrovlnce, tak musím zmáčknout třikrát tlačítko...*“ Také jí pomáhá **jóga nidra**. Ze všech vztahů považuje za nejlepší momentálně **přátelské vztahy**, kde se učí **být uvolněná, flexibilní, důvěřovat lidem, projevit se a udělat chybu**. Ve **vztahu s mámou** se učí **nastavit si hranice**. Co se týče partnerských vztahů, **vztah ještě neměla**, má **obavy ze sexuality**, **co by na to řekla rodina**: „*Vlastně do jistý míry je tam takový to, co by řekla rodina na to, že už nebudu ta jejich holčička teda...*“ Vztahům se **vyhýbá**, a **když se jí někdo líbí**, její **tělo zamrzne**. Momentálně se jí **líbí jeden chlapec**, ale bojí se **vybočení ze stádovosti** a **struktury**, že **nebude dokonalá**. V oblasti partnerských i přátelských vztahů se **podceňuje** a má **nízké sebevědomí**: „*... že si třeba říkám, že jako proč ten člověk se mnou vůbec je a proč se mnou kamarádí... že jako jestli jsem vůbec dostatečně dobrá. Že to nechápu.*“ V rámci nízkého sebevědomí se musí neustále **ujišťovat o své hodnotě**: „*... že si jako možná neustále musím něco dokazovat, jakože dokážu studovat dvě vysoké a dokážu mít třeba dobré známky.*“ V průběhu MA se jí vyskytovala obrovská **kontrola**, kterou se učí měnit na **pozitivní**. Během **koučinku** pracovala na tom, aby se jí **líbilo její tělo**. Co se týče **úzkostí**, které se projevovaly **neustálým zrychlováním myšlení, obsesivním počítáním, neschopností usnout** a **potřebou neustále něco dělat**, zjistila, že **přejdou, když s nimi je v přítomnosti**

nebo s nimi pracuje pomocí **dechu, psaní, popř. někomu zavolá**: „*Bud'to se snažím prohloubit výdech a zastavím se v momentě, že se třeba zastavím, a téměř vždycky mám u sebe třeba papír a tužku, takže si to třeba napíšu anebo někomu zavolám, anebo někomu napíšu.*“ Dříve neměla jiný mechanismus než **rozhánět úzkosti pohybem**: „*No já jsem vlastně vždycky s tou úzkostí bojovala tak, že vlastně to tělo se najednou jakoby víc stáhlo do sebe, bylo jakoby víc v tenzi a v ten moment jsem neměla jako jinej mechanismus, jak s tím pracovat, než skrze pohyb.*“ Nyní je více v **kontaktu se svým tělem**.

Zkušenost s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla

Chvilku trvalo, než se R2 rozpovídala o své zkušenosti s TPT, ale popisovala **limit výzkumu**, že vzhledem ke **struktuře setkání**, jí tam trochu **chyběla hloubka**. Věděla, že kdyby přišla s vlastní zakázkou, terapie by vypadala jinak. Vždy ale v terapii našla něco, co oslovovalo **její témata**.

R2 se po terapiích často cítila **vyčerpaná**, ale **nebyla přítomna tenze a nenaskakoval vnitřní hlas**. Je ráda, že **téma PPP znovu otevřela**, ale jinak než verbálně, **skrz tělo**. **Po terapii** se jí často nastartovala **spousta myšlenek**. Při **dynamičtějších pohybech** necítila **tenzi**, ale uvědomila si během zrcadlení terapeutky, že **jemnější pohyby** jsou pro ni **intenzivnější**. Objevila vlastní **spontánnost, hravost**, a jak sama říká, **bláznivost**. Jako benefit vnímá, že se jednalo o setkání **1 na 1**, dokázala se **koncentrovat na své tělo**, na **téma vztahů**, že mohla na konci prožitky **reflektovat s terapeutem** a vést si **deník**. Během terapie se **nenechala unést všemi myšlenkami, pocity, tělesnými prožitky**. Vzpomínky na terapii má spíše v **obrazech**. Do pocitů se jí promítal **strach z pozorovatele a vnitřní kritik**. Někdy se objevoval vnitřní **přetlak a pláč**. Dále jako podpůrné vnímala, že si témata z terapie mohla **zpracovat se svojí psychoterapeutkou**. **Moji roli jako terapeuta** vnímala jako **podpůrnou** z důvodu, že jsem jevila zájem o ty její **části, které nepřijímá**, a **dávala jsem jim hodnotu**, zároveň jsem jí **zvyšovala sebevědomí a sebehodnotu**. U posledního setkání **nedokázala sdílet, nechtěla se v sobě hrabat**, prožívala **špatný setting**.

Neví, zda byly změny v jejím životě způsobeny terapií nebo něčím jiným, ale **objevilo se jí na terapii několik témat spojených s PPP**, která si pak potřebovala **zpracovat**. Jednalo se především o témata **sebehodnoty, sebpřijímání a oslavování sebe sama**. „*I když jsem jako věděla, že s tímto tématem mám nějakým způsobem nějaký jako mezery a chtěla bych na něm pracovat, tak ale tady jsem si to mnohem víc zvědomovala.*“

Vztah s tělem před výzkumem, přání ke změně, vztah s tělem po výzkumu

Svůj **vztah s tělem** popisuje jako **nejlepší doposud**, ale zároveň stále **náročný**. Stále se však nachází **na hraně bezpečné váhy** v rámci MA, je zde **riziko relapsu**. Má velkou **motivaci přibírat**, protože už **nechce být ve stavu jako dřív**. *„Že už dál nechci být v tom stavu, ve kterým jsem předtím byla, a momentálně se teďka cítím nejvíc po poruše příjmu potravy, co jsem se kdy cítila, jako v tý silný poruše příjmu potravy.“*

Nyní inspirována seberozvojovým workshopem, pochopila vzorec své nemoci a chce se víc řídit tím, že v **nedokonalosti je krása**. *„Vždycky bude něco, co se mi nebude líbit na sama sobě, nebudu si připadat dokonalá a takto to prostě je, ale nějaký přijetí toho, že to může být i takto.“* Chtěla by **přibírat**, mít **pravidelnou menstruaci** a dojít k **sebepřijetí**. Chtěla by **zmírnit obsese** a **sebekontrolu**, kdy se neustále hodnotí – i v mluvě. Ráda by se více dostávala do stavu **flow**, kdy nad sebou tolik nepřemýšlí.

Po skončení výzkumu vnímá **zdravý vztah se svým tělem**, kdy dochází k většímu **sebepřijetí**. *„Ač tam vidím nějaký jako nedostatky, který si myslím, že tam v životě budou vždycky, tak ale nějakým způsobem je to, dá se říct, zdravěj vztah ke svému tělu, protože vím, že i ty nedostatky jsou součástí toho zdravýho těla.“*

Podpůrné faktory v TPT

Jako podpůrnou vnímá možnost **verbalizace** po terapii, kdy si mohla **zvědomit** své **vzorce**. Dále vnímá jako podpůrný **deník** a kvalitu **hravosti**. Říká, že si díky TPT **zvědomila**, že na své **PPP potřebuje ještě pracovat**. Podpůrná pro ni byla setkání formou **1 na 1**. Také jí pomohlo si na třetím setkání zvědomit svá **témata z minulosti**. Místy je však pro ni hodně náročné najít slova pro to, co pro ni bylo podpůrné. Jako podpůrné také vnímá, že se jí dařilo dostat **skrz různé techniky k uvědomění**: *„... díky tomu nakreslení jsem si něco uvědomila, díky tomu ztělesnění jsem si něco uvědomila a díky tomu, že jsem to pak verbalizovala, tak se to dalo pak do... tak se to mohlo dál jako rozvíjet, že to byl jako takovej myšlenkovej pochod skrze ty techniky až do té verbalizace, kde jsem se mohla třeba dobrat k nějakýmu většímu jádru... A pak mi tam zase a zase skákaly jako další nový a nový myšlenky.“* Hodně jí také pomohla **vizualizace** a **kresba**. *„Za mě jako skvělá věc, protože je to taková předpřípravná fáze, než do toho pohybu jako vůbec půjdu, a získání jako většího uvolnění, toho, abych se pak do toho pohybu mohla líp uvolnit a třeba si i při tom pohybu líp představit a nějak si ten pohyb i nějakým způsobem předpřípravit. Nebo jako taková přípravná fáze hezká mi to přišlo ta vizualizace. A pak to kreslení je zase jako určitá forma*

verbalizace, když to tak vezmu, že se mně to vlastně líbilo to pak dát na ten papír a zhmotnit to zase jinak než jenom tím pohybem.“ Díky technice **můj bezpečný prostor** si uvědomila, jaké prostředí okolo sebe chce mít.

Faktory znesnadňující proces v TPT

Jako limitující vnímá **předem danou strukturu setkání** a **omezený počet setkávání**. „... viz ten poslední, že mi tam vyvstanuly nová témata, která vím, že stejně jsem nechtěla do hloubky jako otvírat, protože jsem viděla, že na to ten prostor teďka jako úplně není z toho důvodu, že už to je čtvrté poslední setkání, a nechtěla jsem to jako dál řešit...“ Cítila, že má **málo prostoru rozvíjet svá témata**. „... třeba zas bych možná na to navázala třeba nějakým způsobem to téma, který se otevřelo... tak bych na to navázala další jako terapii.“ Nabídla jsem klientce, že v případě, že by měla zájem, můžeme pokračovat v individuálních terapiích i po skončení výzkumu, popřípadě jí doporučím jiného terapeuta. Stejně jako R1 popisuje jako znesnadňující faktor **špatný setting**: „... zároveň ale ten den, vlastně, kdy jsem přišla, tak mně už jako samotné, jsem byla unavená a nebylo mně úplně dobře a říkala jsem si, jestli jako vůbec...“

Jednotlivé techniky

V rámci hned první techniky **zrcadlení** se jí nejvíce líbila možnost propojit se s terapeutkou v **kontaktu 1 na 1**. Celkově pro ni byla technika **náročná**. Chtěla se **uvolnit**. Když vedla, měla **strach**, že její pohyb budu **hodnotit optikou její nemoci**. Rozjel se její **vnitřní kritik**: „Nenudí to toho druhého? Dělam to dost dobře?“ Vedení i následování pro ni byly **nekomfortní**, ale když **následovala**, tak to pro ni bylo **lepší**. Když následovala, mohla si v pohybu užít **jemnost**, kterou jsem jí nabízela jako kvalitu pohybu, a uvědomila si, že jí má teď v životě čím dál víc. „Bylo mi lépe v tom být vedena, když jsem vedla, více jsem se hlídala, takto jsem nemusela nic vymýšlet...“ U **pohybového dialogu** měla **strach z nepřijetí**, bylo to pro ni **náročné**, protože měla **potřebu se zavděčit** a hodně se **kontrolovala**. Bylo pro ni **těžké navázat vztah**, měla **potřebu vymýšlet něco nápaditého** a **přestalo ji to bavit**. Měla pocit, že **hodně vede**. Opět se rozjel **vnitřní kritik**, kdy se sama sebe ptala, jestli to dělá dost dobře. Z tohoto pocitu **nízké sebehodnoty** přešla do **masky** – opozice. Začátek jak zrcadlení, tak pohybového dialogu pro ni byl náročný – kontrola sebe sama: „Co si o mě druhý pomyslí? Jsem dostatečně dobrá? Je to velká paralela s navazováním vztahů – je pro mě těžké navázat vztah, protože si myslím, že pro druhého nejsem dostatečně dobrá, a tak jdu do opozice, do masky...“ Projevovalo se zde její **nízké**

sebevědomí. Nechtěla se nutit do přetvářky, že jí to baví. Postupně se skrz **uvolnění** v **expresivitě** dostala do větší **hravosti**. Zkoušela si **jemnější kontakt**. V **autentickém pohybu** bylo pro ni **náročné odpojit se od pozorovatele** – terapeuta. Cítila neustálou potřebu **kontroly** a měla strach, že ji **analyzují**. Jak píše ve svém sebereflexivním deníku: *„Ze začátku bylo hodně těžké odpojit se od pozorovatele terapeuta ve smyslu, že mě analyzuje, tak nebudu dělat rychlé, dynamické pohyby, protože by si hned myslel, že je to součástí PPP.“* Co jí přišlo velice přínosné a příjemné, bylo zkoušet **točit se do různých směrů**, zapojovat **dech**, **pozorovat** a **vnímat své tělo**, **uvědomila si své trhané a naučené pohyby**, ale cítila se v nich **dobře**. Zapojila „**bláznivost**“ a **kontakt se zemí**. Během terapie si **uvědomila**, že už v **léčbě PPP postoupila**: *„Díky dnešní terapii jsem si uvědomila, že na to dokážu koukat s odstupem a pohledem zdravého já a nenechat se strhnout poruchou příjmu potravy.“*

Po terapii se jí rozjela **spousta myšlenek**, avšak **bez přítomnosti tenze**: *„Děkuji mysli a tělu za to, že mi dovolily si po terapii sednout, jít si na oběd, dosyta se najíst a pak odpočívat s tímto deníkem v ruce a nenastoupila tam tenze.“* Taky popisuje, že **nenaskakuje vnitřní hlas nemoci**. Uvědomila si, že **by se ráda zbavila obsesivních myšlenek** a **ráda by si dovolila se projevit** a **být bláznivá a hravá**. Chtěla by **neřešit, co si ostatní myslí**.

Pokud se podíváme na druhé setkání, R2 zdůrazňuje, že se **nenechala vším unést** – nevěnovala se příliš emocím, myšlenkám a prožitkům. U **vnímání prostoru** jí přišlo zajímavé samotné **zkoumání**. Uvědomila si, že v prostoru **potřebuje symetrii**. *„... ted' mně tam vlastně skáče to, že já se neustále snažím být v životě vyrovnaná a symetrická, a to, když jsem šáhla po tom laně vlastně na jednu stranu, tak jsem chtěla šáhnout po tom laně a natáhnout se jako i na druhou stranu, aby to bylo vyrovnaný...“* Cítila se v prostoru **uvězněná** a **potřebovala vnímat přírodu, světlo a vzduch**. **Vadila jí umělost předmětů**. To v ní vyvolávalo **odpor** a **nechuť**. Zvláště žebřík. V této situaci jí **pomohlo, že byla se svým odporem a myšlenkami**. **V prostoru se necítila dobře**, cítila **uzavřenost, odpojení se, necitlivost, zklamání**, když šla třeba k oknu a viděla lidi venku a beton a slyšela hluk. Jak píše ve svém sebereflexivním deníku: *„Tohle prostředí nechci, nedělá mi dobře. Vše jsou to výtvary lidí, vše je to zpracované, přetvořené.“* Potom se **rozhodla zkoumat příjemné věci v prostředí** – např. **deku**. Snažila se **navázat s ní kontakt**. **Zkoumala příjemný materiál**

a přemýšlela, **jak jej použít**. Snažila se při zkoumání materiálů **zapojit** co nejvíce **smysly**. Opět se jí při této technice ukázal **strach z pozorování terapeutem**.

U techniky **krabička pěti smyslů** zkoušela **skrz vlastnosti předmětů objevovat své tělo** – např. korálky na lapači snů. U **hmatu** chtěla cítit něco **pevného**. U **vůně** cítila, že je jí esence **odcizená**, a rozjely se jí **fantazie** ohledně toho, jaká vůně by to mohla být. O **zvuku** říká, že to pro ni byla **nejlepší** zkušenost. Způsobovala **uvolnění**. Bavilo ji se **dotýkat materiálu**, vnímat **ticho po zvuku**. Bavilo ji **objevovat zvuk**. V kvalitách zvuku kalimby vnímala **jemnost, hloubku, hravost**. Bavilo ji **sahat na dřevo**. U **zkoumání chuti** se jí rozjela menší **úzkost**, začala mít **slzy v očích**, cítila **kontrolu, tenzi** v těle, **uvědomila si**, že s **tématem PPP ještě není úplně OK**, že **dlouho nic jen tak neochutnala**. **Nechtěla to jíst**. **Rozjely se myšlenky**. U **zraku** se cítila **pohlcena i barvou**. **Překvapila ji struktura**. Vnímala kvalitu **lehkosti** a zároveň **odpor k plastu**. Uvědomila si, že **vyhledává kvality pevnosti, vědeckosti, logiky a jasných hranic**. Také si uvědomila při pozorování květiny, že se **nemusí se vším ztotožňovat**.

R2 vnímala **přípravu grafu** jako **geniální a originální** techniku. V rámci **settingu** říkala, že měla ten den hodně **rozjetého vnitřního kritika, pocity méněcennosti a výčitky**, že je **roztržitá a citlivá**. Snažila jsem se ji uklidnit. Vnímala **přetlak a zastavení**, které přinesla terapie, pro ni bylo příliš velkým **nárazem**. **Nevěděla si s tím rady**. Projevil se její **perfekcionismus** a chtělo se jí **brečet**. Terapie jí dle jejích slov přinesla **uzemnění**. Byla ráda, že si mohla **pojmenovat témata**, která jí poslední dobou běží hlavou, a druhý den je znovu **otevřela na psychoterapii**. Bylo pro ni **náročné vymyslet graf**. Líbilo se jí **dát svá témata do pohybu**. V rámci **3 nejdůležitějších momentů** si **zvědomila téma nic**. Pomohlo jí, když jsem **věnovala pozornost tématům**, která jí přišla **nezajímavá**, a **dala jsem jim hodnotu**. Tím se podařilo dle jejích slov zvýšit její **sebevědomí a pocit sebehodnoty**. Líbilo se jí, že má **moji pozornost**. Bylo pro ni **náročné dávat myšlenky do slov**. V průběhu terapie si **zvědomila vděčnost sama za sebe a svá rozhodnutí**, pocit, že **je v pořádku**.

V rámci **settingu** se opět R2 **nechtělo do introspekce**, cítila se **zasekaná**. Jak píše v deníku: „*Jednotlivé techniky byly skvělé a ráda bych je znovu vyzkoušela, ale asi nebyl teď ten moment.*“ Opět se jí objevila témata **sebehodnoty, sebebřijímání a sebeoslavy**. **Uvědomila si, na čem ještě potřebuje pracovat** a fakt, že s **tématem PPP se posunula**, už pro ni **není stěžejním bodem**. Také si **uvědomila**, že je **vděčná za lidi ve svém životě**. Během **vizualizace** pro ni bylo **příjemné představovat si dveře**. Cítila, že se zase rozjíždí její **vnitřní kritik**. Zažívala **naštvaní a pocit zodpovědnosti**. **Kritický moment** přišel, když

jsem ve vizualizaci vyslovila větu: „Už se nemusíš snažit“, což pro ni znamenalo **ztrátu budoucnosti a neživost**. Pak si prožila, že **když bude bez obsesivních myšlenek** na jídlo a pohyb, tak **bude moct naplno žít**. Celkově vnímá **vizualizaci** jako **pozitivní**. V rámci **tance** cítila **blok**. Bylo jí to **nepříjemné**. Nakonec se **ztratila v točkách a pohybu**, ale zase jí **zastavil vnitřní kritik**. **Kresbu** vnímala jako **formu verbalizace**: „... a pak to kreslení je zase jako určitá forma verbalizace, když to tak vezmu, že se mně to vlastně líbilo to pak dát na ten papír a zhmotnit to zase jinak než jenom tím pohybem.“ Uvědomila si, že jí kresba přináší **uvolnění**. Na obrázku pro ni bylo důležité téma **pospolitosti**: „... ani jedna bublina není sama“. Dále pro ni na obrázku byli důležité **ptáci, let**, který by **chtěla umět, volnost, lehkost, oheň – fyzický**, který pro ni symbolizuje **domov, ohraničení, bezpečí**. Měla pocit, že kresba **nejvíce vychází z ní**. Napadla jí **intervence** v rámci techniky, že by se dalo **nejdřív zkusit pohyb** a pak na jeho základě vytvořit graf.

Pohybová analýza

V rámci kategorie **tělo propojuje R2** v pohybu **všechny části těla**. Tělo je **v napětí, stažené a aktivní**. R2 **zhluboka dýchá a zívá**. Má mnoho **posturálních pohybů**. Nejaktivnější jsou **paže**. Pohyb se šíří **simultánně** a je **iniciován distálně**. V rámci kategorie **prostor** má **vzdálený prostor dosahu** a zapojuje **vysokou i nízkou úroveň pohybu**. Využívá **všech tří směrů pohybu** – nahoru/dolů, doprava/doleva a dopředu/dozadu. Nejvíce využívá **roviny vertikální a sagitální**. V rámci kategorie **tvár** **moc nevyužívá doteku svého těla**, ale **nemá problém s blízkostí v rámci vztahu s terapeutem**. Má **paprskové zaměřené pohyby**. V rámci kategorie **dynamika** je její pohyb z hlediska faktoru **času** spíše **náhlý**, z hlediska faktoru **prostoru** **přímý**, u **váhy** velice **silný** a **plynutí** je **vázané**.

R3

R3 je 26 let. Má dokončenou vysokou školu a aktuálně pracuje ve školství. V budoucnosti by ještě ráda absolvovala doktorské studium. S rodiči má dobrý vztah. Stejně jako její mladší bratr a její matka, i ona má od malička sklony k obezitě. Její matka trpí záchvatovitým přejídáním, nikdy spolu o tom nemluvily, ale R3 to dalo velice negativní vzor do života. Otec jí nikdy nevěnoval mnoho pozornosti. Má kolem sebe stabilní skupinku přátel a žije s partnerem.

Odmalička byla šikanovaná za vzhled. Začátek její mentální bulimie se datuje kolem 17. roku, kdy na popud matky vyhledala výživového poradce. V té době experimentovala i s dietami a vegetariánstvím. V rámci výživového poradenství jí byl nasazen restriktivní

jídelníček a náročný cvičební režim. Sice se jí povedlo brzy zhubnout, ale také začala trpět vlčím hladem, který se brzy překlenul v mentální bulimii. Když její matka zjistila, že tímto onemocněním trpí, chtěla to skrýt jako rodinné tajemství.

R3 si doteď snaží hlídat jídelníček a uvědomuje si, že až příliš lpí na kontrole. Momentálně se u ní střídají období, kdy se přejídá a zvrací, a období, kdy je v pořádku. V poslední době se u ní projevila i laktózová intolerance. V léčbě jí hodně pomohlo pracovat na sebezpřijetí.

R3 je při osobním setkání velice milá a dle vlastních slov má uměleckou duši. Ráda má ve věcech pořádek a je z ní cítit lehký odstup. Vždy mluví přímo k věci.

Zkušenost s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu

Jako jednu z **příčin PPP** vnímá R3 **nápodobu matky**. U nich **doma bylo jídlo neustále přístupné** a její **máma je obézní a nespokojená se svojí postavou**: „... protože i z jejího vyprávění i ona měla problém sama se sebou, vlastně byla nespokojená se svojí postavou v podobných letech, jako jsem to měla já, takže akorát ona to řešila hodně radikálně, jakože třeba často nejídávala a cvičila, takže si myslím, že ona pravděpodobně taky měla nějaký problém.“ **Máma trpí záchvatovitým přejídáním**: „... třeba teď, když jsem měla možnost být doma, tak vidím takové ty reflexy typu, že se schová v kuchyni a nacpe do sebe fakt jako všechno. A teď, já bych asi řekla, že je obézní už.“ **Otec jí taky hodně, ale nejde to poznat na váze**: „On v podstatě celý život má stejnou váhu, on je takovej typ chlapa, co si dá deset knedlíků, do toho prostě sladké slané všecko, ale vypadá furt stejně.“ **R3 i bratr** byli také v **dětství a dospívání obézní**: „... a tak jsme oba dva jako měli těžkou nadváhu, když jsme byli děti.“ **Společné řešení diet je sblížilo**: „Hodně nás to potom v podstatě sblížilo, protože my jsme tak jako hodně hubli a přibírali zároveň. Různé jako diety jsme tak jako prožívali spolu a hodně jsme se díky tomu jakoby semkli.“ **Babička je vykrmovala**: „Další osoba, která se tam vyskytovala, byla naše babička. Babička tam bydlí doteď v domě, a ta nás jako vykrmovala, když jsme byli nemocní.“ Sebe popisuje v kontrastu s bratrem jako **psychicky odolnější**: „Já jsem, co se týče psychiky, jako je to paradoxnější, ale že jsem taková jako odolnější, že si ty věci dokážu vyřešit sama, ale brácha je taková něžnější stránka (smích). Možná já to dokážu líp kamuflovat.“ **Toužila po pochvale, žárlila na svého mladšího bratra**, v **rodině byla upozaděné dítě**, i ve **škole**, i když je **první vysokoškolák v rodině**. Byla **uzavřená**. **Rodiče** mají mezi sebou **hezký vztah**: „... co se týče našich, tak oni spolu mají hezký vztah, ale už je to jako dlouhodobé manželství, takže si

každý dělá tak trochu svoje, ale jako obejmou se, dají si tu pusy. “ **Negativní sebehodnocení** se u ní začalo objevovat **na základě okolí**: „... na základě okolí jsem si uvědomila, že nevypadám podle jejich představ, protože jsem měla dispozice k tomu být tlustoučké dítě, a vlastně postupem času jsem si uvědomila, že je se mnou něco v uvozovkách špatně...“ **Máma do ní ryla kvůli postavě**: „... tak v podstatě hlavně narážkama, hlavně co se týče porcí jídla, co se týkalo toho, když jsem třeba seděla u počítače a ty špičky třeba už vylízaly, tak maminka měla tendenci do mě tak nějak hodně rýpat...“ **Začátek MB** datuje okolo **17. roku**, pojí se s návštěvou nejmenované společnosti, která se specializuje na **výživové poradenství** a poskytuje **zdarma konzultace**. Navštívit tuto společnost byl **nápad její mámy**. „Tak poprvé se u mě bulimie objevila okolo sedmnáctého roku a vlastně začalo to tak, že jsem se s mamkou bavila ohledně nějakého dietaření a kdesi cosi a ona měla nápad, jestli nemůžu si v podstatě někoho najít. Někakého doktora nebo takovou vnější pomoc.“ Zde jí nasadili hodně **striktní režim**. Postupně **nejedla skoro nic**. Do toho ještě experimentovala s **vegetariánstvím**. Toto omezení stravy jí způsobovalo **vlčí hlad**. Její bulimie začala tím, že už se **nedokázala omezovat v prostředí plném jídla**: „... potom nastoupil už takový ten vlčí hlad, kdy mamka stále jako pekla, stále u nás to jídlo bylo, takže já jsem fakt jako trpěla jako kuř, a to bylo fakt poprvé, kdy já jsem přišla do té své kuchyňky, tam jsem viděla ten svůj odporný salát, pak jsem viděla vedle to navařené jídlo, tak samozřejmě jsem sežrala úplně všechno a bylo mi strašně blbě.“ Kvůli MB se u ní postupně začaly projevovat **úzkosti**, **nenáviděla návštěvy a oslavy, kde bylo jídlo, všichni do ní začaly rýpat**, cítila **potřebu vyhovět okolí**. „No byla to hodně taková jako zoufalá situace a vlastně díky tady tomuto koloběhu, tak se u mě začaly projevovat úzkosti, že já jsem začala nenávidět návštěvy, začala jsem nenávidět oslavy, kde to jídlo bylo, samozřejmě všichni najednou začali rýpat: ‚Jak to, že nejíš?‘ (smích) To jako taky bylo ironické, že... takže já zase jsem potřebovala vyhovět všem, takže třeba jsem se najedla a zase jsem chodila na ty záchody. Hodně... já mám pocit, že jsem hodně jela pro to okolí, že jsem ignorovala naprosto sebe...“ Když **zvracela**, vnímala to jako **odměnu, vyčištění, způsob, jak vyčistit hlavu, nástroj, jak se vyrovnat se stresem**. „Ten pocit po tom zvracení pro mě byla taková divná euforická odměna.“ Také zvracení popsala jako svoji **berličku**. „Když už jsem nevěděla, jak dál, a některé věci nefungovaly, hlavně co se týče vztahů, tak ono to pro mě jako neustále byla taková berlička.“ **Přejídání** zase vnímá jako formu **meditace**. Zkoušela i **cvičení jako kompenzační mechanismus**, ale **nešlo to tak rychle vycvičit**. **Nebyla spokojená**. **Jídlo** pro ni představovalo **rychlou úlevu**. Líčí, že se **styděla kupovat laxativa**, a proto **to nedělala**. **Styděla se kupovat si určité druhy potravin**. Z negativních dopadů MB uvádí, že začala

přibírat, zavodňovat se, začaly se jí **kazit zuby**: „... v podstatě se to zlomilo ve chvíli, kdy nejen že jsem řešila tu bulimii a to přejídání, ale do toho vlastně přišly i ty úzkosti a vlastně díky tady tomuhle všemu, do toho jsem ještě začala přibírat, tak to tělo se zavodňovalo, člověk jako nevěděl, co a jak, teď do toho přišly ještě nějaké zdravotní komplikace, zuby mi v podstatě se začaly hodně kazit díky tomu zvracení...“ **Neposlouchala své tělo**: „... takže vlastně i to fyzické tělo mi začalo říkat dost, ale já jsem vlastně furt jela přes svoji vlastní mrtvolu...“ Začala se **vyhýbat škole**, protože měla **pocit, že je tlustá**: „... ty úzkosti potom mi třeba způsobily to, že jsem si sama psala omluvenky na střední škole nebo jsem si prodlužovala omluvenky, protože jsem nechtěla přijít do školy s tím pocitem, že třeba jsem přibrala dvě kila...“ Během střední školy měla **pocit, že je na vše sama**. „Jako co se týče těch let na té střední škole, tak mám pocit, že jsem tam byla hodně na to jako sama, jakože si myslím, že jsem si musela projít tou cestou.“ Svoji PPP brala jako **selhání** a pocítovala **nesebelásku**. „V té chvíli se nenávidíte. Fakt. Ale jako kdyby, ne, že byste nenáviděli svoje tělo, ale vy nenávidíte fakt svoji podstatu, že jste vlastně selhali. Je to totální selhání.“ **Schovávala své tělo**: „... v té době jsem se taky oblékala, že jako šaty neexistovaly, furt dlouhé rukávy, dlouhé kalhoty, furt jsem se jakoby balila do mikin, jo, že hodně to bylo o tom, že jsem jakoby to fyzično schovávala...“ **Na zvracení přišla máma**, ale **chtěla to skrýt**: „Na to zvracení přišla vlastně mamka, jenže ona se k tomu postavila jakoby velice špatně, ona mi akorát vynadala, vůbec neřešila, co se mnou je, najednou jsem pro ni byla v podstatě lempl, jo, a v podstatě to chtěla schovat jako tajemství...“ **Táta to neřešil. Brzy chtěla partnera**: „... jak je ten otec přítomný, ale vlastně není, tak já jsem měla pocit, že toho partnera nebo někoho potřebuju jako hodně brzo, že jsem tak jako hledala už třeba od jedenácti let nějakého takového parťáka...“ Chtěla se co nejdříve **osamostatnit od rodičů**: „Když jsem odešla na tu vysokou školu, tak jsem si hledala práci, jako abych na té rodině byla závislá co nejméně.“ Měla vůči rodičům **pocit viny**: „... že vy se cítíte jakoby neustále špatně vděční za něco a provinile, kdykoli neděláte něco podle nich.“ V partnerství **potřebuje mít kontrolu nad jídlem**, ale učí se **kompromisům**. „... co se týká vaření, tak já jsem musela mít všechno pod kontrolou. Takže já jsem třeba strašně nerada jídávala jídla, které navařil můj, protože už jsem tam viděla, jak tam cpe to arašídové máslo, jak je tam ta smetana, a já už jsem vlastně vnitřně trpěla, „prosím tě, já to maso budu jíst odděleně, vůbec tam tu smetanu na to maso nedávej!“ Dříve v **partnerství** zažívala i **shazování kvůli postavě**: „... a potom jsem přibrala a potom jsem schytala poznámku, že tě nemůžu ukázat ani kamarádům, prostě něco takového, takže to okolí fakt jako asi dokáže udělat ten největší binčus.“ V rovině **přátelských vztahů** se její MB projevovala tak, že byla v **napětí**,

protivná a nebyla moc oblíbená: „Když něco není podle mého plánu nebo se to zkomplikuje nebo nedej bože mám hlad (smích), tak už jsem fakt jako taková protivná bytost, tak ty lidi mě fakt jako méně vyhledávali.“ Prožila si i **pokus o sebevraždu** kolem sedmnácti let a **potrat**. Co se týče pokusu o sebevraždu, dala si nějakou **kombinaci prášků**: „To byl v podstatě akt zoufalosti. Kombinace nějakých ibalginů, ibuprofen, v podstatě něco takového. Takže v té chvíli člověk... ono je to v podstatě zvláštní... vy se jako nechcete zabít, vy chcete být v podstatě jenom pryč z té situace.“ **Rodiče to s ní nerozebírali, dali ji k psychologovi a psychiatrovi**, který jí dal **léky**, ale ty jí **nesedly**. „... naši to nikdy nerozebírali, ale šoupli mě hned k psychiatrovi a ten mně narval nějaký prášky a hned k psychologovi, takže já jsem rok docházela na terapii, ale já jsem věděla, že to není ono, že prostě ten člověk se na mě kouká jako: ‚Aha, další takový,‘ to samé ten psychiatr, ona vyloženě přišla a řekla: ‚Tak vy jste se chtěla zabít?‘ Tak já jsem si řekla: ‚To asi nebude úplně vončo.‘“ Měla pocit, že s ní **nikdo nekomunikuje**: „... celkově vím, že mnohým lidem to pomáhá, ale můj problém byl v tom, že se mnou prostě nikdo nekomunikoval.“ Začala **hledat pomoc v sobě**. „Takže mě v tom nechali mí nejbližší, prostě mě v tom nechali, takže možná i díky tomu jsem se stala nezávislou, že už vlastně nehledám pomoc zvenčí, nikdy nepřijde žádný spasitel a nespasí mě, prostě nikdy. Jo, pokud viním tebe, tak se nic nestane.“ Během PPP prožívá různé **propady**, **snaží se hlídat v jídle a cvičit**. Objevila se u ní i **laktózová intolerance**, která jí ale **pomohla se nepřejídat**. „V podstatě je to pro mě trochu vysvobození, protože když něco vidím, tak laktóza. Nemám takové výčitky: ‚... ježiš, já bych si to tak strašně dala.‘ V podstatě nemůžu, protože by mě potom bolelo strašně břicho.“ Svoji MB by přirovnala k **závislosti**. „Jo, že prostě i lidi, co mají tyhle problémy, tak my jsme stále jako abstinující svým způsobem.“ Se **vztahem k tělu a zlepšením partnerské intimity** jí **pomohla rehabilitace**, kterou vedla **rehabilitační sestra**, která ji vedla k **sebelásce a přijetí vlastního těla**. **Naučila se dotýkat svého těla**. **Motivovala** ji k tomu, aby začala **cvičit**: „... ona mě motivovala: ‚... ježiši, to je skvělý, vždyť cvičíte každý den, je vidět progres,‘ jo, jako takhle jsem se fakt jako snažila, a to mi vlastně vydrželo doted‘ to cvičení, i díky ní, tím pádem i ta intimita pro mě nebyla takový problém...“ Klientka dochází na **terapii**: „... na tvých pocitech záleží, když ti něco ubližuje, tak ti to ubližuje, není to takové to, ‚Ježiš, ty seš moc přecitlivělá,‘ ne. Ubližuje ti to. Takže vnímat se, vnímat se, vnímat se, naciťovat se na sebe, nezapomínat na sebe.“ Pomohlo jí **vykašlat se na toxické vztahy**: „A hlavně, když máte okolo sebe lidi, co vám ubližují, byť ze srandy, vykašlat se na to.“ Během **léčby** jí pomohlo **dát věcem čas** a pak s odstupem času **sdílení**. „... možná jsem se i zvládla vyléčit i díky tomu, že já jsem vlastně tomu nechala nějaký čas, a teď jsem

schopná o tom mluvit, jako tři roky zpátky jsem o tom začala aktivně mluvit, začala jsem to vlastně řešit i v rámci bakalářské práce a tak jako i tím komiksem, v podstatě jsem o tom mluvila i s vedoucí prostě mé práce a takhle i s mými blízkými lidma, ale ne s rodinou, i s kamarádkama, které mají také svoje nějaké problémy, tak vlastně tím, že člověk takhle o sobě mluví upřímně, tak vlastně sám se léčí.“

Zkušenost s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla

Je to její **první zkušenost s TPT**. „*Tak moje zkušenost je pro mě v podstatě úplně nová a... protože i když jsem dřív vyzkoušela nějaké druhy terapií, tak to bylo vyloženě jen nějaké typu regrese, anebo jenom sezení, takže pro mě jako propojení terapie a pohybu byla úplně novinka.*“ Pomohla jí navázat **blíže kontakt sama se sebou**. „*Bližší kontakt se sebou. Vlastně se svým tělem, protože často se člověku stává, že v běhu života se tak nějak odosobní a vlastně odtělí a v podstatě to pro mě byl takový návrat k tomu tělu. Vlastně si tak jako zpátky uvědomit, že tady vlastně to tělo existuje a že to není jenom nástroj, ale že jsem to já.*“ **Napadlo ji**, že by TPT mohly ocenit např. **oběti domácího násilí**: „*... a já si myslím, že by to třeba potom ocenily třeba i oběti domácího násilí, nebo podobné... nebo když třeba člověk utrpěl nějaké konkrétní zranění, které postihlo ne jenom tu psychiku, ale i fyzické.*“

Zkušenost s TPT v ní zanechala **vnitřní klid, naplněnost, uvědomila si věci, které ji ovlivňují a na čem musí ještě pracovat. Tělo jí dávalo najevo únavu. Horší setting**, kdy třeba přišla na terapii na poslední chvíli nebo jí den předem zemřel pejsek, jí **zhoršoval koncentraci**.

Neví, které změny v jejím životě zapříčinila TPT a které život sám: „*... ono jako celkově můj život má teď začátek nějakých etap, takže těžko to uchopit jako něco vyděleného*“. Vnímá ale, že jí TPT pomohla navázat **blíže kontakt sama se sebou**: „*... člověk stále tak nějak myslí sám na sebe, že si fakt jako dá ten čas si doma lehnout na tu podlahu, pustit si hudbu a vlastně se jenom chvíli vnímat.*“ Také vnímá, že má teď větší **potřebu pohybu**. „*Já mám pocit, že tak jako přirozeně, když jsem teď jako získala na chvíli novou aktivitu, tak že jsem se dala celkově do pohybu, že vlastně možná nejenom ta samotná terapie, ale i ty příchody a odchody pěšky vlastně nastartovaly ve mně vůbec chuť se jako hýbat... že najednou to tělo jakoby začalo ten pohyb víc vyžadovat, fakt si o něj jako říkat.*“

Vztah s tělem před výzkumem, přání ke změně, vztah s tělem po výzkumu

V rámci vztahu se svým tělem před výzkumem mluví o **propadech**. Někdy má stavy, kdy **skáče na hudbu a užívá si život**, ale zároveň se cítí **špatně** ve svém těle, když

přijde **menstruace** nebo **negativní příznaky laktóзовé intolerance**. „... ono je to teď jakoby víc komplikovanější, protože mně se projevila i laktóзовá intolerance, takže záleží. Ne vždy se mi podaří vychytat jídlo, takže když se člověk prostě cítí nafoukle a je to vlivem té laktózy, tak se prostě cítím odporně, že bych svým způsobem nejradši zalezla do postele, ale na druhou stranu jsou dny, kdy se cítíte naprosto skvěle. Prostě skáčete na hudbu, užíváte si ten život, ale já si myslím, že to mám i hodně propojené s menzesem, že jak do sebe člověk začne natahovat tu vodu, tak se cítí jako v rámci tohoto stavu hůř.“ **Negativní sebehodnocení** má od svých **třinácti let na základě okolí**. **Vytvoření pozitivního vztahu s tělem** vnímá jako **ustavičnou práci**, kdy už udělala **obrovský pokrok**. **Potrat ji posílil** v tom smyslu, že pokud zvládne toto, zvládne všechno.

V rámci **přání ke změně** vnímá, že ještě potřebuje zapracovat na **psychické stránce**: „... protože jsem takhle zvládla i potrat vlastně, v podstatě člověk zůstane sám a uvědomí si, co to tělo dokáže přežít a vlastně já nevím, já mám pocit, že tady tohleto mě ještě ustálilo v tom přesvědčení, že v podstatě vlastně já jako dokážu všechno, co budu chtít a potřebovat, jenom vlastně si to potřebuju ustát a vnímat se.“ Potřebuje **dát samu sebe na první místo**: „... takže možná ten pocit toho nezapomenout na sebe, protože mám tendenci hodně dávat lidem, že první ostatní a potom já a že tohle spíš teď potřebuju...“

TPT jí **pomohla se sebeláskou**: „Já mám pocit, že... se mám v podstatě o něco radši.“ Zkušenost s TPT jí také pomohla s **bližším kontaktem se svým tělem**: „... že vlastně si člověk uvědomuje tu sílu toho těla najednou, vlastně si ho uvědomuje celou dobu, ale my máme najednou pocit, že... nebo respektive snadno zapomeneme na to tělo.“ Dále jí TPT pomohla **přesunout pozornost z hlavy do těla**: „... takže i jenom to vlastně, že člověk vlastně existuje i v tom hmotném světě, tak to je v podstatě pro mě něco nádherného a jedinečného a vlastně nemám potřebu být tolik v hlavě.“

Podpůrné faktory v TPT

Jako podpůrný faktor v rámci TPT vnímá, že **dokáže do svého prostoru pustit někoho jiného**: „... připustit si někoho neznámého k tělu tak blízko bylo pro mě ze začátku hodně nepříjemné, ale čím déle, vlastně, to probíhalo, tím více jsem se jako uvolnila a vlastně jsem pouštěla do své přítomnosti, do svého prostoru, někoho jiného. S čímž jsem vlastně měla ve svém životě jinak problém.“ Líbilo se jí, že je **terapie propojená s tancem**: „... je to jako naprosto logické, jako počítat s tím tělem a spíš se jako ptám, proč se to nevyužívá víc, že ty formy v terapiích jsou většinou jenom povídací, ale často, když je ublížená duše,

*tak je ublížené i tělo a nějak se potom reaguje na jisté situace, i to tělo, že ano. “ Zkušenost s TPT ji **inspirovala k dalšímu pohybu**: „... spíš to stále v člověku jako doznívá a spíš přemýšlí jako jak bude pokračovat dál. Takže jako měla jsem tendenci dívat se jako na takové klidnější sporty, ne jenom jóga nebo pilates, které cvičím celkem často, ale třeba něco ve stylu lukostřelby, tam člověk musí jako nacítit se fakt na sám sebe a na konkrétní cíl a je to taky jako propojení těla a té hlavy. Že mě jako láká takhle něco zkusit ještě. “*

Faktory znesnadňující proces v TPT

Jako limit setkávání vnímá, že by se **dalo dát více prostoru 3. technice**. Zmiňuje **špatný setting jako vlastní limit**. „Myslím si, že už jenom to, že ten den má člověk tu terapii, že ta mysl by už měla pomaličku směřovat k tomu fakt si dát ten čas, jo, a být tam jako stoprocentně.“ Také zmiňovala jako proces znesnadňující faktor **nedostatek času a hluk z prostředí**. „Jako já budu asi kritická jenom k místu – že by bylo super třeba odhlučnění od okolí. Ale to se týká té čtvrté terapie, kdy jsem měla potom hodně problém se dostat do té regrese, protože jsem hodně naciťovala ten hluk z okolí. Takže něco takového jako, kde by se dalo odhlučnit, jako být víc v tom tichu, protože já si myslím, že konkrétně tady u této praxe je to hodně důležité.“

Jednotlivé techniky

U první techniky **zrcadlení** se učila **pustit do svého prostoru někoho dalšího**. Prožívala během ní **nervozitu**. **Vedení** pro ni bylo **jednodušší** než následování. Měla **pocit zodpovědnosti**. Jak píše ve svém deníku: „Vedení mi tolik nevadilo, i když jsem cítila jistou zodpovědnost za to, co dělám a jaký to má vliv na druhého.“ Když **následovala**, zachvátil ji pocit **paniky**. **Bála se, že něco pokazí**. „Naopak u následování jsem ze začátku měla lehkou paniku, abych něco nepokazila a zvládla stihnout a přesně zrcadlit – trochu stres.“ V **pohybovém dialogu** si sehrála **vzorovou situaci** z dětství. U **autentického pohybu** prožívala pocit **volnosti** v pohybu, **osvobození**, **soustředění na myšlenky**, méně vnímala **své tělo**, **pomohly jí k tomu zavřené oči**. Celkově prožívala po terapii pocit **uzemnění** a **klidu**.

V druhém setkání u techniky **moje bezpečné místo tápala** v prostoru. **Nedokázala se soustředit** a **vypnout hlavu**. Nakonec si vybrala **nejpohodlnější** a **nejznámější místo**, aby se cítila **jako doma**. Nyní se přesuneme k technice **krabička pěti smyslů**. **Hmat** jí byl hodně **příjemný**, ale uvědomila si, jak **omezené vnímání** má. U **čichu** měla **asociaci**

santalového dřeva. U **zvuku** měla **asociaci** besídky v mateřské školce. **Chut'** byla **spouštěčem strachu**. U **zraku** vnímala **intenzivní barvy**.

Třetí setkání pro ni bylo **nejintenzivnějším zážitkem**. Bylo pro ni zajímavé **zamyslet se nad svým životem a překvapilo jí množství důležitých bodů v jejím životě**. Cítila se tím **zahlcená**. Nejsilnější technikou byly **3 nejdůležitější momenty**, kde si zpracovala téma **pokusy o sebevraždu, potřebovala si odpustit. Tělo ji nutilo v této pozici zůstat**. Jak píše ve svém deníku: „... nějak mě to táhlo k situaci, kdy jsem se pokusila o sebevraždu. Vlastně ani nevím. Chtěla jsem být jen pryč. Zvláštní. Stále na to myslím. Potřebovala jsem si odpustit. Tělo mě jakoby nutilo v té pozici zůstat a pomalu si to vyřešit. Síla pro mě byla v tom uvědomit si, co jsem v tom okamžiku potřebovala.“ Pocítila **hrdost**. **Přeje si zažít více takových sezení**. Ráda by tomu dala **více času**.

Na čtvrtém setkání měla bohužel **špatný setting**. **Přišla pozdě a šla hned do vizualizace**. Tento **rychlý přechod ze spěchu do klidu** hodně ovlivnil její dojem. Ve **vizualizaci** pro ni byl důležitý **obraz křesla a rodiny**, které pro ni představují **sebeobjetí**. U **tance** prožila svoji vnitřní **sílu**. Na **kresbu** by potřebovala **více času**.

Pohybová analýza

V rámci kategorie **tělo** má R3 **oddělené pohyby zbytku těla od hlavy**. **Hlava je vzhůru v mírném záklonu a není zapojena do pohybu**. Tělo je **uvolněné, v lehkosti**, ale zvláště **nepřítomné**. **Proudění dechu** nelze vnímat. Pohyby jsou spíše **posturální**. Nejaktivnější jsou **nohy**. Pohyb se šíří **sukcesivně** a je **iniciován centrálně**. Má **blízký prostor dosahu**. Má **vysokou i nízkou úroveň pohybu**. Využívá všech **tří směrů pohybu**. Nejvíce využívá **vertikální roviny**. V rámci kategorie **tvár** se **občas dotýká svých vlasů a hlavy a udržuje vzdálenost od terapeuta**. Má **obloukové zaměřené pohyby**. V rámci kategorie **dynamika** je její pohyb z hlediska faktoru **času** spíše **zadržovaný**, z hlediska faktoru **prostoru nepřímý**, u **váhy lehký** a **plynutí volné**.

6.1. Závěrečné tabulky témat

V následujících tabulkách jsme rozdělili vzniklá témata dle výzkumných otázek. V případě, že se v odpovědích účastníka výzkumu vyskytlo dané téma, označili jsme jej křížkem.

Tabulka 3: Témata k výzkumné otázce: Jak účastníci popisují svoji zkušenost s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu?

Respondenti	R1	R2	R3
Vztahy			
Vliv rodiny na rozvoj nemoci	×		×
Sociální izolace	×	×	×
Vliv nemoci			
Úzkosti	×	×	×
Negativní vztah k sobě	×	×	×
Negativní dopad na fyzické zdraví		×	×
Léčba			
Osobní rozvoj	×	×	
Sebepéče	×	×	
Odborná péče		×	×
Motivace na sobě dál pracovat	×	×	×

Tabulka 4: Témata k výzkumné otázce: Jak účastníci popisují svoji zkušenost s TPT, jaký byl její vliv na prožívání a jaké změny přinesla?

Respondenti	R1	R2	R3
Zkušenost			
Předchozí zkušenost s TPT	×	×	
Strach z introspekce	×	×	
Vliv			
Pozitivní pocity	×	×	×
Ambivalentní pocity	×	×	
Napětí	×	×	

Respondenti	R1	R2	R3
Jemnost	×	×	
Strach z pozorovatele	×	×	
Otevření osobních témat	×	×	×
Strach ze sdílení	×	×	
Vnitřní klid	×		×
Změny			
Motivace k pohybu	×		×

Tabulka 5: Témata k výzkumné otázce: Jak účastníci vnímali vztah se svým tělem před výzkumem, co si přáli v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímali po skončení cyklu TPT?

Respondenti	R1	R2	R3
Před			
Zatím nejlepší vztah s tělem		×	×
Ambivalentní pocity		×	×
Přání			
Sebepřijetí	×	×	
Sebeláska	×	×	×
Zlepšení psychické stránky		×	×
Po			
Sebepřijetí	×	×	
Sebeláska	×		×

Tabulka 6: Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory jsou podpůrné v TPT?

Respondenti	R1	R2	R3
Větší množství technik	×	×	
Podpůrná role terapeuta	×	×	
Individuální terapie	×	×	

Respondenti	R1	R2	R3
Terapie propojená s tancem	×		×
Zvědomění náročných témat	×	×	×
Sebereflexe	×	×	
Verbalizace	×	×	

Tabulka 7: Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory znesnadňují proces TPT terapie?

Respondenti	R1	R2	R3
Špatný setting	×	×	×
Omezený počet setkávání		×	×
Málo prostoru rozvíjet svá témata		×	×

Tabulka 8: Témata k výzkumné otázce: Jak jednotlivé techniky působily na účastníky?

Respondenti	R1	R2	R3
Zrcadlení			
Ambivalentní pocity	×	×	
Jednodušší, když následovala pohyb	×	×	
Nepříjemné pocity při vedení pohybu	×	×	
Sblížení s terapeutkou	×	×	×
Pohybový dialog			
Uvolnění v průběhu	×	×	
Hravost	×	×	
Autentický pohyb			
Náročná technika	×	×	
Strach z pozorovatele	×	×	
Uvolnění	×		×
Soustředění na myšlenky	×		×
Kontakt se zemí	×	×	×
Vnímání prostoru			
Hledání příjemných kvalit materiálu	×	×	

Respondenti	R1	R2	R3
Moje bezpečné místo			
Hledání místa v prostoru „jako doma“		×	×
Krabička pěti smyslů			
Hravost	×	×	
Chuť spustila úzkost		×	×
Objevování nových kvalit	×	×	
Smyslové vnímání spustilo asociace	×	×	×
Obdivování růže	×	×	×
Příprava grafu			
Projití náročných životních témat	×	×	×
Zahlcení		×	×
Protančení grafu			
Sebevyjádření	×	×	
3 nejdůležitější momenty			
Sebepřijetí	×	×	
Ošetření z dospělé pozice			
Odpuštění si	×		×
Celkově 3. setkání			
Posílení sebelásky	×	×	×
Nejsilnější prožitek		×	×
Vizualizace			
Pozitivní prožitek	×	×	×
Tanec			
Sebepřijetí		×	×
Sebevyjádření	×	×	
Kresba			
Uvolnění	×	×	
Estetický prožitek	×	×	
Celkově 4. setkání			
Špatný setting		×	×

Tabulka 9: *Témata k výzkumné otázce: Jaká je analýza pohybu účastnic?*

Respondenti	R1	R2	R3
Tělo			
Napětí v těle	×	×	
Nezapojení hlavy do pohybu	×		×
Hluboký dech	×	×	
Pohyb iniciován distálně	×		×
Prostor			
Blízký prostor dosahu	×		×
Vysoká úroveň pohybu		×	×
Nízká úroveň pohybu	×	×	×
Využití všech tří směrů pohybu		×	×
Vertikální rovina	×	×	×
Tvar			
Dotek se svým tělem	×		×
Udržování vzdálenosti ve vztahu s terapeutem	×		×
Obloukové zaměřené pohyby	×		×
Dynamika			
Čas – zadržovaný	×		×
Prostor – nepřímý	×		×
Váha – lehkost	×		×
Plynutí – volný	×		×

6.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující části kapitoly jsem témata, která jsem vytvořila a uvedla v tabulce výše, převedla do narativní formy. Tato témata vznikla syntézou témat od každého z účastníků a hledáním nadřazených témat. Zde podávám zprávu o zkušenostech všech účastníků mého výzkumu podle jednotlivých výzkumných otázek.

1. Jak účastníci popisují svoji zkušenost s poruchou příjmu potravy na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu?

První výzkumná otázka se týkala zkušenosti respondentů s PPP. Celkem jsem identifikovala devět klíčových témat. Dvě témata se týkají vztahů, tři vlivu nemoci na jejich život a čtyři se týkají léčby. Jedním z témat, které jsem definovala v rámci kategorie vztahů a objevilo se u dvou respondentek, je téma **vliv rodiny na rozvoj nemoci**. R1 popisuje vliv nepříjemného domácího prostředí plného agrese, špatného vztahu s tátou a ignorace mámy. R3 popisuje negativní vzor své mámy, která se přejídala, byla obézní a R3 ji napodobovala. R1 popisuje atmosféru u nich doma takto: *„Dost nahuštěná, protože samozřejmě oni měli dost jako potíže sami se sebou. Táta byl alkoholik agresivní poměrně dost, takže u nás byly na denním pořádku věci, který asi nejsou ani sdělitelný, každopádně to byla divočina.“* Cítila od nich nelásku.

Sociální izolace byla dalším tématem z kategorie vztahů, které se vyskytovalo u všech respondentek. V době největšího rozpuku PPP měla nemoc pro R2 vždy přednost před vztahy: *„Třeba dám příklad: jsem o přestávce na gymplu, ale nemůžu se bavit s ostatními, ač bych ráda, protože musím prostě o přestávce chodit. A třeba cyklisták na gymplu byl úžasnej, ale vždycky jsem tam třeba musela, že jsem se zaměřovala, kdy tam budu jíst, kdy bude to jídlo, a nebyla jsem plně zaměřená na tu přítomnost s těma přáteli, což mě vlastně ovlivnilo v tom, že jsem nebyla v té přítomnosti a nebyla jsem schopná navazovat tak hluboký vztahy, jak bych ráda třeba v ten moment.“*

V kategorii vliv nemoci jsem identifikovala tři témata. První z těchto témat, které se objevilo u všech respondentek, jsou **úzkosti**. R2 popisuje své úzkosti takto: *„... i teď se vlastně projevují neustálým zrychlováním myšlení. Zrychlováním myšlení a potřebou*

neustále něco fyzicky dělat a v momentě, kdy vlastně s těma úzkostma jsem, tak oni za chvíli přejdou.“

Mezi zaznamenanými odpověďmi se objevilo také téma spojené s **negativním vztahem k sobě**. Toto téma jsem identifikovala u všech tří respondentů. R1 říká: *„Jako já myslím, že tím zajídám tu nelásku. Ta nesebeláska, že jo, to trestání se, to ne-sebepřijetí.“*

Další téma, které jsem identifikovala, se týká **negativního dopadu na fyzické zdraví**. R2 popisuje ztrátu menstruace. R3 popisuje toto: *„... do toho jsem ještě začala přibírat, tak to tělo se zavodňovalo, člověk jako nevěděl, co a jak, teď do toho přišly ještě nějaké zdravotní komplikace, zuby mi v podstatě se začaly hodně kazit díky tomu zvracení, takže vlastně i to fyzické tělo mi začalo říkat dost“.*

Poslední kategorií témat byla léčba, kde prvním tématem byl **osobní rozvoj** (semináře, workshopy), který se objevoval u dvou respondentek. R1 popisuje, že se o seberozvoj zajímá, zejména na teoretické úrovni. R2 navštěvuje workshopy, které jí pomáhají i s léčbou PPP.

V rámci léčby považovaly R1 a R2 **sebepéči** (dech, jóga nidra) za podpůrnou. R1 říká: *„Takže byla jsem třeba v Nepálu se učit dechový techniky, už dávno předtím je znám, byla jsem na spoustě seminářů, pro ženy toho je hodně. Ten seberozvoj mě k tomu jako vede.“*

Dvě respondentky zmiňovaly **odbornou léčbu** (psychiatr, psycholog, výživové poradenství, koučink). Pro R2 byl zvlášť podpůrný koučink: *„... a před rokem a půl jsem měla koučink přímo orientovaný na poruchy příjmu potravy a vlastně s tou koučkou jsem byla necelý rok, ne... necelý rok.... vlastně od dubna do července a vlastně to byl větší skok v té léčbě poruch příjmu potravy.“*

Posledním tématem této kategorie je **motivace na sobě dál pracovat**, která je u všech respondentek velice silná.

2. Jak účastníci popisují svoji zkušenost s tanečně-pohybovou terapií, jaký byl její vliv na prožívání a jaké změny přinesla?

Během rozhovorů jsem se zaměřila na zkušenosti jednotlivců s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla. Co se týče zkušenosti s TPT, R1 a R2 popisují **předchozí zkušenost s TPT**.

Dále jsem identifikovala **strach z introspekce**, se kterým měly zkušenost všechny respondentky, kromě R3. R1 popisuje: „*A vlastně ne vždycky se mi do toho chtělo, protože jsem si říkala, co jako v sobě objevím.*“

V rámci vlivu na prožívání všechny respondentky popisují **pozitivní pocity**. R1 ve svém deníku píše: „*Dobrý pocit, radost, že jsem to pro sebe udělala.*“

Jedním z dalších témat byly **ambivalentní pocity**. Např. u R2 se, jak píše ve svém sebereflexivním deníku, objevily v průběhu tyto pocity: „*Přišla jsem na terapii v dost velkém přetlaku. Zastavení, které terapie přinášela spolu s technikami, byl dost velký náraz a celou dobu se mi jen a jen chtělo brečet. Ani nevím proč. Jsem ale moc ráda, že jsem ji absolvovala, protože mi přinesla alespoň trochu uzemnění a zpomalení.*“

Dále jsem identifikovala téma **napětí**, které se objevovalo u R1 a R2. V sebereflexivním deníku R1 píše: „*Taky mi došlo, jak jsem vždy nervózní, když má přijít nějaká nová technika, a jak tělo hned reaguje na stres. A pak až se přestanu bát, užívám si to „nové“.*“

Dalším z klíčových témat je **jemnost**. Toto téma jsem identifikovala u R1 a R2. U R1 a R2 se jako další klíčové téma objevil **strach z pozorovatele**.

R1, R2 i R3 uvádějí jako další téma z kategorie vliv TPT na prožívání **otevření osobních** témat. R3 v deníku píše: „*... uvědomění si znovu věcí, které mě ovlivňují (viz vzorce chování v rodině) a na kterých musím stále vědomě pracovat.*“

U R1 a R2 jsem identifikovala téma **strach ze sdílení**, které také patří do kategorie vliv TPT na prožívání. Posledním tématem z této kategorie, které se objevilo u R1 a R3 byl **vnitřní klid**. R1 ve svém sebereflexivním deníku popisuje tyto pocity: „*... pocit klidného štěstí, které nemám chuť křičet do světa, ale jen ho cítit v sobě, s vděčností.*“

Poslední kategorií témat jsou změny, které TPT přinesla. V této kategorii jsem identifikovala pouze jedno téma, a to téma **motivace k pohybu**. Toto téma se objevilo u R1 a R3. R3 uvádí: „*Já mám pocit, že tak jako přirozeně, když jsem teď jako získala na chvíli novou aktivitu, tak že jsem se dala celkově do pohybu, že vlastně možná nejenom ta samotná terapie, ale i ty příchody a odchody pěšky vlastně nastartovaly ve mně vůbec chuť se jako hýbat... že najednou to tělo jakoby začalo ten pohyb víc vyžadovat, fakt si o něj jako říkat.*“

3. Jak účastníci vnímali vztah se svým tělem před výzkumem, co si přáli v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímali po skončení cyklu tanečně-pohybové terapie?

Tato výzkumná otázka obsahuje tři kategorie témat. V rámci kategorie vztah s tělem před výzkumem jsem identifikovala dvě témata. Prvním z nich je **zatím nejlepší vztah s tělem**, objevilo se u R2 a R3. R2 říká: „... momentálně asi vnímám nejlíp, co jsem kdy vnímala, protože jsem přibrala pár kilo a cítím se mnohem silnější, ale pořád jsem na hraně ještě mý váhy, kdy ještě může dojít k relapsu, ale snažím se ještě víc přibírat a je to samozřejmě náročnější přibírat, ale je to psychicky náročnější přibírat, ale je to potřebný.“

U R2 a R3 vyvolává vztah s jejich tělem před výzkumem **ambivalentní pocity**. R3 říká: „... ono je to teď jakoby víc komplikovanější, protože mně se projevila i laktózová intolerance, takže záleží. Ne vždy se mi podaří vychytat jídlo, takže když se člověk prostě cítí nafoukle a je to vlivem té laktózy, tak se prostě cítím odporně, že bych svým způsobem nejradši zalezla do postele, ale na druhou stranu jsou dny, kdy se cítíte naprosto skvěle. Prostě skáčete na hudbu, užíváte si ten život, ale já si myslím, že to mám i hodně propojené s menzesem, že jak do sebe člověk začne natahovat tu vodu, tak se cítí jako v rámci tohoto stavu hůř.“

V rámci kategorie přání ohledně zlepšení vztahu se svým tělem jsem identifikovala tři témata. Prvním z nich je **sebepřijetí**, které se týká R1 a R2. R1 popisuje: „No já bych se konečně chtěla naučit přijímat tak, jak jsem. I jako s těma nedokonalostma. Protože mi přijde, že možná, že když to přijmu, tak to konečně přestanu dělat.“

Téma **sebeláska** se objevilo u všech tří respondentek. R1 uvádí: „To, že bych ho chtěla mít ráda, to, že bych se na sebe ráda chtěla dívat do zrcadla. Víím, že s takovým tím potěšením a láskou mám odmalička problém.“

Poslední kategorií témat je vztah s tělem po výzkumu. Zde jsem identifikovala dvě témata. První téma, **sebepřijetí**, se objevilo u R1 a R2. R2 zmiňuje: „... no teďka se mi to nějakým způsobem pár týdnů už drží jako stejně. Ač tam vidím nějaký jako nedostatky, který si myslím, že tam v životě budou vždycky, tak ale nějakým způsobem je to, dá se říct, zdravěj vztah ke svému tělu, protože víím, že i ty nedostatky jsou součástí toho zdravýho těla.“

Druhým tématem je **sebeláska**. Toto téma jsem identifikovala u R1 a R3. R3 popisuje: „Já mám pocit, že... se mám v podstatě o něco radši. Že vlastně si člověk

uvědomuje tu sílu toho těla najednou, vlastně si ho uvědomuje celou dobu, ale my máme najednou pocit, že... nebo respektive snadno zapomeneme na to tělo.“

4. Jaké faktory jsou podpůrné v tanečně-pohybové terapii?

V následujících odstavcích se čtenář dozví sedm témat, která jsou podpůrnými faktory v rámci TPT. Prvním tématem je **větší množství technik**, které se objevilo u R1 a R3. R1 říká: *„Zase se mi líbilo, že to bylo rozmanitý. Já jsem si myslela, že budu vždycky dělat to samý nebo podobný, vlastně to setkání každý bylo tak diametrálně odlišný, že to bylo vlastně nakombinovaný.“*

Dalším tématem byla **podpůrná role terapeuta**, toto téma se objevilo u R1 a R2. R1 uvádí: *„... čím víc jsem si to užívala ještě, tak jste mě vlastně podporovala, protože to byl vlastně Váš pokyn jako ‚běž a zatancuj to, jak to cítíš‘, tak to mi vlastně přišlo hodně svobodný si to dovolit.“*

Třetí téma se týkalo formy terapie, tedy **individuální terapie**. Toto téma jsem identifikovala u R1 a R2. R2 vysvětluje: *„... a u toho zrcadlení jsem si říkala, že je úplně skvělý to, že tam jsme třeba jedna na jednoho. A to není jenom u toho zrcadlení, ale celkově v těch všech čtyřech sezeních. A to z toho důvodu, že já nejsem zvyklá a neumím úplně být třeba jenom ve dvou. A samotný ty sezení jeden na jednoho byly pro mě velmi intenzivní z toho důvodu, že byl fokus vlastně jenom jedna na jednu, no.“*

Jako podpůrnou vnímají R1 a R3 samotnou **terapii propojenou s tancem**. R1 zmiňuje, jaký je její vztah k tanci: *„Protože vždycky, když se někde ptaj nebo co já vlastně dělám v životě ráda, tak vlastně vždycky řeknu, že je to tanec.“*

Všechny tři uvádějí jako podpůrný faktor **zvědomění náročných témat**. R2 popisuje svůj prožitek u techniky krabíčka pěti smyslů: *„... a pak zkoušení těch smyslů, viz zejména ta chuť, která pro mě byla náročná z toho důvodu, že jsem si tam uvědomila, že mi tam ještě skáčou myšlenky na jídlo.“*

Předposledním z témat je **sebereflexe**, která se objevuje u R1 a R2. R1 o tom říká: *„... tady jsem se v rámci toho setkávání podívala i na věci, který mi třeba nebyly příjemný. A tím, že to bylo spojený i s nějakou jinou rovinou než jenom ten tanec, tím, že to byla kombinace více věcí, tak vlastně mi to přišlo hodně zajímavý...“*

A jako poslední téma uvádím **verbalizaci**, která se týká R1 a R2. R2 k tomu uvádí: *„... já jsem verbální taky člověk dost, takže si myslím, že, vlastně, aby fungovala*

tanečně-pohybová terapie, tak je důležitý za mě to pak i verbalizovat.“ A následně ještě dodává: „Mně pomáhala v tom, že jsem zažila nějaký... zažila jsem zážitek, kterej byl třeba intenzivní, ale nedokázala jsem ho... že jsem ho cítila, byly tam ty emoce, ale těžko se mi popisoval v hlavě... a to, že jsem to vyslovila, nebo že ty věci vyslovím, tak se tak jo víc... víc si je zvědomím. Mnohem víc. A zároveň to sdílení pro mě bylo důležitý.“

5. Jaké faktory znesnadňují proces tanečně-pohybové terapie?

Jedním z témat, které se ve výzkumu objevilo a uvádí ho všechny respondentky, je **špatný setting**. R3 uvádí, že její rozpoložení na terapii nebylo vždy stoprocentní: *„No tak ono to bylo taky dané tím, že člověk dojížděl, třeba jako chvíli nestíhal.“* A pak dodává: *„Potom se ocitnul třeba najednou v té regresi, když v podstatě člověk běží, tak trošičku náročnější, než když člověk přijde v poklidu a v podstatě už nějak naladěný. Myslím si, že už jenom to, že ten den má člověk tu terapii, že ta mysl by už měla pomaličku směřovat k tomu fakt si dát ten čas, jo, a být tam jako stoprocentně.“*

Ve faktorech znesnadňujících proces TPT jsem dále našla u R2 a R3 téma **omezený počet setkávání**. Posledním tématem je **málo prostoru rozvíjet svá témata** a objevilo se u R2 a R3. R2 velice oslovily techniky, které jsem si na setkání připravila, ale potřebovala by věnovat více času tématům, která se jí tam otevřela: *„... ale třeba zas bych možná na to navázala třeba nějakým způsobem to téma, který se otevřelo... tak bych na to navázala další jako terapií.“*

6. Jak jednotlivé techniky působily na účastníky?

V rámci šesté výzkumné otázky postupně proberu témata, která se objevila v průběhu technik čtyř setkání. Začnu první technikou prvního setkání, jímž bylo zrcadlení. Zde jsem objevila čtyři témata. R1 a R2 uvedly **ambivalentní pocity**. Ve zkušenostech R1 a R2 se jako téma objevilo, že pro ně bylo **jednodušší, když následovaly pohyb**. Například R2 uvádí: *„Bylo mi lépe v tom být vedena, když jsem vedla, více jsem se hlídala, takto jsem nemusela nic vymýšlet“.*

Kromě R3 všechny respondentky uváděly **nepříjemné pocity při vedení pohybu**. R1 píše o svých pocitech v sebereflexivním deníku: *„... stud, nejistota, pocit trapnosti, pocit zodpovědnosti.“*

Posledním tématem spojeným s technikou zrcadlení je **sblížení s terapeutkou**, o kterém hovořily všechny tři respondentky.

R1 a R2 popisují u techniky pohybový dialog téma **uvolnění v průběhu**. R1 ve svém sebereflexivním deníku píše: „... *uvolněnost, hravost, smích, sesterství*.“ R1 a R2 uvádějí jako téma **hravost**.

U techniky autentický pohyb R1 a R2 zmínily, že to pro ně byla **náročná technika**. R2 v sebereflexivním deníku zmiňuje: „*Více jsem se kontrolovala a nebyla tam úplná uvolněnost*.“

Dalším tématem u R1 a R2 byl **strach z pozorovatele**. R1 ve svém sebereflexivním deníku uvádí: „... *opět strach být viděna, uvolňování šlo pomalu a často jsem byla v hlavě*.“

R1 a R3 zmiňují téma **uvolnění**. R3 píše: „*Pocit volnosti v pohybu byl osvobozující, odpřítomnila jsem se a jen vnímala vlastní hlavu a to, co mi říká*.“

U R1 a R3 se také objevilo téma **soustředění na myšlenky**. R1 ve svém sebereflexivním deníku píše: „*Často jsem byla v hlavě. Musela jsem se hodně vědomě vracet k tělu. Ale nešlo to úplně. Potřeba položit – odložit hlavu*.“

U všech respondentek jsem identifikovala téma **kontakt se zemí**. R2 ve svém sebereflexivním deníku akcentuje jako krásný moment terapie možnost cítit zemi.

Nyní se přesunu k tématům, která se objevila v rámci technik druhého setkání. U techniky vnímání prostoru jsem našla u R1 a R2 téma **hledání příjemných kvalit materiálu**. R2 ve svém deníku uvádí: „*Chvilí jsem tápala, ale pak jsem našla věc, která mi nepřišla chladná, odporná, nijaká. Deku. Příjemný materiál – dá se s ní dělat tolik věcí a přišla mi zajímavá*.“

Technika moje bezpečné místo přinesla téma **hledání místa v prostoru „jako doma“**. Toto téma jsem identifikovala u R1 a R3. Jak píše R3 ve svém sebereflexivním deníku: „*Nakonec jsem si vybrala místo, které mi přišlo nejpohodlnější a pro mě nejznámější + s věcmi, které mi přišly známé – světlo, deka, polštáře (jako doma)*.“

V rámci techniky krabička pěti smyslů se u R1 a R2 objevilo téma **hravost**. Dalším tématem, které jsem identifikovala, bylo, že **chut' způsobila úzkost**. Toto téma jsem objevila u R2 a R3. R3 ve svém sebereflexivním deníku uvádí: „... *uvědomění si některých svých podprahových myšlenek bylo zvláštní – zvláště u chuti jsem si uvědomila, že si některé chuti stále demonizuji*.“ R1 a R2 zmiňují téma **objevování nových kvalit**.

Z deníků všech tří respondentek jsme zjistili, že jim **smyslové vnímání rozjelo asociace**. Při zkoumání kvality vůně naskakovaly R2 tyto otázky, jak píše ve svém

sebereflexivním deníku: „*Kde bych ji použila? Koupelna, obývací pokoj? Komu by se líbila? Jedné mé kamarádce, napadlo mě.*“

U R1, R2 i R3 jsem objevila téma **obdivování růže**. R2 popisuje, že se cítila růží pohlcená.

V rámci třetího setkání vzniklo opět několik témat. U techniky příprava grafu se u všech respondentek objevilo téma **projití náročných životních témat**. Dalším tématem, které jsem identifikovala u R2 a R3, bylo **zahlčení**. R3 k tomu ve svém sebereflexivním deníku píše: „*Tahle zkušenost byla asi nejintenzivnější, už jenom zamyslet se nad mapou života – nad body, které jsou pro mě tolik důležité, bylo jich tolik. Byla jsem tím zahlcená.*“

U techniky protančení grafu jsem u R1 a R2 našla jedno společné téma, a tím je **sebevyjádření**. Technika 3 nejdůležitější momenty přinesla u R1 a R2 téma **sebepřijetí**. V rámci techniky ošetření z dospělé pozice došlo u R1 a R3 k **odpuštění**. R3 to ve svém sebereflexivním deníku podrobně popisuje: „*Nějak mě to táhlo k situaci, kdy jsem se pokusila o sebevraždu. Vlastně ani nevím. Chtěla jsem být jen pryč. Zvláštní. Stále na to myslím. Potřebovala jsem si odpustit. Tělo mě jakoby nutilo v té pozici zůstat a pomalu si to vyřešit. Síla pro mě byla v tom uvědomit si, co jsem v tom okamžiku potřebovala.*“

Celkově podle všech respondentek toto setkání přispělo k **posílení sebelásky**. R1 uvádí: „*Pomohlo mně to jako se tak konejšit, nebýt na sebe tak tvrdá, že vlastně... já mám v sobě... na sebe jakoby přísnost, a když jsem ležela jako v té roli a byla jsem vlastně schoulená, tak tam nebyla sebelítost, ale bylo tam vlastně velký sebecpochopení, přijetí toho, že to vlastně takhle bylo...*“ R2 a R3 popisují celkově třetí setkání jako **nejsilnější techniku**.

Všechny respondentky popisují techniku vizualizace v rámci čtvrtého setkání jako **pozitivní prožitek**. R2 ve svém deníku píše: „*Ve vizualizaci pro mě bylo hrozně příjemné představovat si dveře, do kterých vstupuju.*“ U R2 a R3 vyvolala technika tance téma **sebepřijetí**. R1 a R2 zmiňují téma **sebevyjádření**. R1 k tomu dodává: „*... měla jsem to vlastně po té meditaci, při té poslední terapii, kdy jsem si potom stoupla s tou dekou a měla jsem se za sebe vyjádřit, tak jsem vlastně měla silnej prožitek, měla jsem z toho husí kůži po těle, že vlastně to bylo takový jako... takovej křest můj vlastně... že si stoupnu... vlastně ten tanec, ani nevím jestli byl tancem, byl nějaký pohyb, ale vlastně jsem měla takovej jako prožitek, husí kůži po těle, takovou radost, že vlastně můžu tancovat sebe. Takže to bylo pro mě hodně silný.*“

Poslední technika čtvrtého setkání, kresba, přinesla R1 a R2 téma **uvolnění**. Technika R1 a R2 zprostředkovala také **estetický prožitek**. R1 o svém obraze v deníku uvádí: „*Na konci mi došlo, že jsem v podstatě malovala čakrový systém.*“

Celkově prožívaly R2 a R3 na posledním setkání **špatný setting**. R3 o tom píše ve svém sebereflexivním deníku: „*Bohužel jsem měla zpoždění, a to zásadně ovlivnilo pocit z terapie. Šla jsem hned do regrese, vracení se v čase a navazovala tak na minulou terapii. Bylo to zvláštní se ze spěchu přeorientovat na klid.*“

7. Jaká je analýza pohybu účastnic?

Tuto výzkumnou otázku rozdělím na čtyři kategorie: tělo, prostor, tvar a dynamika. V rámci kategori tělo se u R1 a R2 vyskytlo **napětí v těle**. U R1 a R3 se objevilo **nezapojení hlavy do pohybu**. U R1 a R2 šlo vnímat **hluboký dech**. **Pohyb iniciovaný distálně** jsem pozorovala u R1 a R3.

V kategorii prostor se u R1 a R3 objevil **blízký prostor dosahu**. R2 a R3 měly společnou **vysokou úroveň pohybu**. Všechny tři respondentky vykazovaly **nízkou úroveň pohybu**. U R2 a R3 se objevilo **využití všech 3 směrů pohybu**. Všechny tři respondentky využívaly **vertikální rovinu**.

V rámci kategorie tvar jsem u R1 a R3 pozorovala tři společná témata: **dotek se svým tělem**, **udržování vzdálenosti ve vztahu s terapeutem** a **obloukové zaměřené pohyby**.

Stejně tak v poslední kategorii dynamika se témata R1 a R3 shodovala: **čas – zadržovaný, prostor – nepřímý, váha – lehkost a plynutí – volné**.

7 DISKUZE

Cílem této magisterské diplomové práce bylo zjistit zkušenosti žen s PPP s TPT. Byla jsem motivována k tomuto tématu svojí vlastní zkušeností s PPP a zároveň absolvováním dvou psychoterapeutických výcviků. Prvním z nich byla tanečně-pohybová terapie, kterou jsem absolvovala v Praze pod asociací TANTER, z.s., a dále tříletý Komplexní vzdělávací program v psychoterapii pro zdravotnictví se zaměřením na interdisciplinární léčbu psychosomatických syndromů včetně poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění pod odbornou garancí prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. (E-clinic, z.ú.). Další motivací byla snaha rozšířit téma TPT mezi širší odbornou i laickou veřejnost. Věřím, že TPT, právě pro svoji schopnost propojovat obsahy mysli, těla a psychiky, může být podpůrným nástrojem v léčbě PPP.

Diskuze k výsledkům

Mé výzkumné závěry ukazují, že úspěch a kvalita TPT jsou ovlivněny řadou faktorů. Mezi ně patří jak schopnost TPT vyvolávat u respondentů pozitivní pocity, tak otevírat náročná osobní témata a svoji roli hraje také podpůrná role terapeuta, který s respondenty navazuje bezpečný vztah. Výsledky výzkumu také potvrzují, že jednotlivé techniky měly řadu pozitivních dopadů, včetně uzemnění či posílení sebelásky.

Zkušenost s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu

PPP jsou psychosomatické nemoci, které vyžadují multidisciplinární přístup – psycholog, psychiatr, výživový poradce, metabolický specialista, atd. Mají negativní dopad jak na myšlení, tak na fyzické a psychické zdraví. Respondentky zmiňovaly především negativní dopad v oblasti sociální izolace, rozvoje úzkostí a negativního vztahu k sobě. Dalším zmiňovaným faktorem byl negativní dopad na fyzické zdraví. Negativní dopad na fyzické zdraví naznačují také výsledky přehledové studie, ve které se Ghoch et al. (2013) zaměřili mimo jiné na to, jaký mají PPP vliv na fyzickou kondici a sportovní výkon. Byl proveden systematický přehled relevantní odborné literatury. Pro zahrnutí do výzkumu musely být články, získané z databáze PubMed, publikovány v angličtině v období od roku 1977 do 2013. Dostupná data naznačují, že PPP mají negativní vliv na fyzickou kondici a sportovní výkon tím, že způsobují nízkou dostupnost energie, nadměrnou ztrátu tuku a svalové hmoty, dehydrataci a poruchy elektrolytů.

Dále ve výzkumu O'Brien (2017) byly zjištěny možné zdravotní důsledky PPP, které se vyvinuly během dospívání nebo časné dospělosti. Zahrnují změněnou tělesnou velikost (včetně nízkého BMI a malé výšky), zvýšenou pravděpodobnost kouření nebo vývoje deprese a řadu nepříznivých reprodukčních výsledků, jako je zvýšená pravděpodobnost potratu nebo umělého přerušování těhotenství, zvýšené riziko předčasného porodu a zvýšené riziko krvácení nebo nevolnosti a zvracení během těhotenství. Tato studie zdůrazňuje potřebu zvýšeného povědomí, zejména před a během těhotenství, u žen s anamnézou MA nebo MB.

Co je pro účely našeho výzkumu také podstatné, jsou témata, která vnímaly respondentky jako podstatná v rámci léčby PPP. Většina respondentek hovořila o osobním rozvoji, sebeděči a odborné léčbě a všechny zmiňují motivaci na sobě dál pracovat. Pelzová (2021) dále zmiňuje jako podpůrný faktor léčby PPP přístup zaměřený na člověka, psychoedukaci, samotný pobyt na psychiatrii či podporu zdravotních sester. V rámci neodborné péče zmiňuje rodinu, přátele, spolužáky, partnera, nedirektivní a nestigmatizující přístup, komplimenty a ostatní pacienty jako zdroje sociální opory.

Berg (2021), která provedla přehledovou studii, jež zahrnovala 44 kvalitativních studií, které zkoumají zkušenosti zotavení z PPP, shrnula analyzované informace do tří hlavních témat: 1) sociální prostředí 2) léčba 3) vnější podněty. Každé hlavní téma obsahuje několik podtémat, která dále specifikují aspekty podpůrných a znesnadňujících faktorů týkajících se zotavení z PPP.

Arthur-Cameselle et al. (2018) dále ve své studii porovnává zkušenosti ženských sportovkyň a nesporthovkyň vysokoškolského věku při práci na zotavení z PPP. Účastnice (55 sportovkyň, 99 nesporthovkyň) odpověděly na otevřené otázky týkající se faktorů, které ovlivňovaly jejich pokrok směrem k uzdravení. Obě podskupiny uváděly, že nejvíce pomáhají podpůrné vztahy a kognitivní/emocionální změny. Třetím nejčastějším užitečným faktorem pro sportovkyně byly obavy o výkon v oblasti sportu, pro nesporthovkyně to byla léčba.

Krantz (1999) mluví o tom, že: a) mezi těly matky a dítěte se vyměňuje smysluplná afektivní informace od předporodního období až do dospělosti, b) tělo je nástrojem pro vyjádření a ukládání životních zkušeností, c) dítě potřebuje skutečnou interakci s pečovateli, aby se mohlo stát samostatným jedincem, schopným spojit se s ostatními, d) kde není prožívána emoce, mohou se zejména obtížné afekty špatně interpretovat nebo odpojit

psychofyzické reality. Odpojený afekt může vést k příznakům, které ovlivňují tělo a chování. PPP je vnímána jako kumulativní účinek narušeného vývoje sebe sama, těla, afektu a vztahů.

Zkušenost s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla

Lidé s PPP často ztrácejí reálné povědomí o svém těle a svých zkušenostech s embodimentem a pocitem bytí ve svých tělech, stejně jako jejich obraz těla samotný se stává zkresleným (Chaiklin & Wengrower, 2016).

I když neurotické rysy mohou být přítomny u klientů s PPP, podle Krantz (1999) se také uplatňují dissociativní obrany, které oddělují nebo odpojují tělo od sebe samotného kvůli raným a opakovaným selháním v rozvoji a interakčních základech prožívání emocí, těla, sebe sama a ostatních. Když je klient s PPP postaven před situaci (vnitřní nebo mezilidskou, reálnou nebo představovanou) konfliktu nebo hrozby, jeho tělo signalizuje přehlcující úzkost, jako je zoufalství, hrůza nebo bolest, ale on si není vědom svého emočního stavu a nemá žádné myšlenky ani pocity, které by mohl vyjádřit nebo spojit. To ho vede k jednání bez myšlení nebo emocí, aby uklidnil tělesnou úzkost.

Terapeutické cíle u klientek s PPP zahrnují v rámci TPT rozvoj smyslu pro autonomii, rekonstrukci bloků v procesu separace-individuaci, rozvoj alternativních bezpečných vazeb, autentické sebeprojevování, zpracování traumatického materiálu v bezpečném prostředí, propojení těla a mysli, rozvoj smyslu pro své psychologické a tělesné já, regeneraci potenciálu pro pohyb, rozvoj možností pro expresi přes pohyb, rozvoj schopnosti symbolizovat a hrát si, uvědomění si těla, jasné hranice těla, stabilní a realistický obraz těla, snížení úzkosti, zvětšení pohybového slovníku, zlepšení schopnosti postarat se o sebe a zpracovávat stres, vytvoření alternativ k symptomatickému přejídání, hladovění a zvracení, uvolnění tělesného napětí a zlepšení schopnosti vyjadřovat emoce bezpečně (Očenášová, in Zedková, 2012).

U většiny respondentek jsem zaznamenala pozitivní pocity spojené s TPT, kvalitu jemnosti, vnitřního klidu, ale také ambivalentní pocity a napětí. Kleinmann (in Chaiklin & Wengrower, 2016) uvádí, že lidé s poruchami příjmu potravy se vyhýbají tanci za každou cenu, protože tanec je plný života a výrazového pohybu. To souvisí s jejich tendencí kontrolovat své pocity.

Respondentky také vnímaly strach z introspekce. Syper et al. (2023) se ve svém výzkumu zmiňuje o dopadu TPT na uzdravení žen s PPP. Bylo provedeno jedenáct rozhovorů a analýza pomocí fenomenologického přístupu k identifikaci témat. Objevila se

tři hlavní témata (tj. léčba PPP, zkušenost s TPT a dopad TPT) spolu s několika podtématy. Účastnice uváděly, že i když se účast na TPT často stávala náročnou, byly s ní spojeny různé výhody. Mezi výzvy patřilo překonání negativního obrazu těla a přítomnost v těle prostřednictvím TPT. Některé účastnice také zdůrazňovaly výzvu, že nevěděly, co od své účasti na TPT očekávat. Účastnice uváděly výhody, jako je zlepšení propojení mysli a těla, uvědomění si svých emocí a sebevědomí.

Vztah se svým tělem před TPT, přání ke zlepšení a vztah se svým tělem po TPT

V rámci vztahu se svým tělem před TPT zmiňují respondentky ambivalentní pocity. Jak uvádí Fairburn & Brownell (2005), vystavování se kultu hubenosti má nepříznivé následky na rozvoj PPP z důvodu sociálního srovnávání. Následkem toho se jedinci srovnávají s tímto obrazem ideální krásy a odsuzují se, což podporuje nespokojenost s vlastním tělem a může vést k nezdravému chování ohledně kontroly váhy. Crowther et al. (2013) zmiňuje, že narušené vnímání vede k tomu, že ženy s PPP konzistentně vnímají informace, které jsou v souladu s jejich negativním názorem na jejich tělo, a selektivně ignorují svědectví o tom, že jejich vzhled je normální.

Symptomy PPP slouží k oddělení emocí od těla, zejména pokud sexualita, trauma a kulturní vlivy přispívají ke konfliktům v boji ženy o vlastní identitu. Opětovné propojení těla s emocemi umožňuje klientovi prožít emoci a vyjádřit svůj vnitřní svět, rozpoznat význam svého chování a vztahů a rozvíjet zdravé propojení těla a mysli (Krantz, 1999).

Témata, která jsou typická pro PPP, zahrnují vztah mezi matkou a dítětem, trauma, vztah těla a mysli, obraz těla, schopnost sebeoceny, nálada, seberegulace, vztah k jídlu, sociální vztahy, sexualita (Očenášová, in Zedková, 2012).

U otázky týkající se vztahu s tělem po TPT jsme zaznamenaly dvě dominantní témata, sebezpřijetí a sebelásku. Totenbier (1994) začleňuje metodiku TPT do terapie body image. Totenbier navrhuje model TPT, ve kterém pozitivní změna vychází z prozkoumání vlastního těla. Konkrétně je klient požádán, aby se podíval do zrcadla a nakreslil si obrázek sebe samotného. Poté je prováděn řadou aktivit, jako je vytvoření skutečného obrysu těla a porovnání ho se svým autoportrétem, což podněcuje klienty ke zpochybnění zkreslených představ, které mohou mít o svém těle. Prozkoumáním a prožíváním různých aspektů skutečného versus vnímaného obrazu těla může klient dosáhnout realističtějšího vnímání.

Ačkoli jsou studie o účinnosti TPT omezené, bylo hlášeno mnoho přínosů, včetně zlepšení sebezpřijetí a body image. Tradiční způsoby léčby PPP (např. verbální

psychoterapie) se obvykle nezaměřují na spojení mysli a těla a sebepřijetí, a proto nemusí být dostatečné (Koch et al., 2019).

Ve studii Savidaki et al. (2020) se účastníci TPT významně zlepšili v oblasti spokojenosti s částmi těla a hodnocení vzhledu a významně se snížila orientace na vzhled. Bylo pozorováno snížení představy o nadváze.

Podpůrné faktory v TPT

Respondentky mluvily o podpůrné roli terapeuta. Tanečně-pohybový terapeut nebo terapeutka pracuje s tématy, které se v terapii vynořují, prostřednictvím pohybového kanálu, taneční exprese a následné verbalizace. Identifikuje skrze ně terapeutické cíle, volí pohybové intervence a zprostředkovává verbální propojení. Zároveň průběžně zabezpečuje monitoring efektivity terapeutického procesu, spolupráci a soulad s jinými odbornými intervencemi, jako i vlastní supervizi (Očenášová, in Zedková, 2012).

Jako podpůrný faktor vnímaly respondentky samotný fakt, že je terapie propojená s tancem. Psychosomatická povaha PPP, tedy nevědomá dynamika mezi psychikou a tělesně projeveným příznakem, naznačuje, že tato populace je jedinečně vhodná pro léčbu tancem/pohybovou terapií. Bulimické a anorektické ženy věří, že jejich těla jsou problémem a jejich chování pokusem o řešení. PPP představuje symbolické ztvárnění boje, v němž bylo tělo ženy odpojeno od jejího emočního života. Obývané bolestivými konflikty, které PPP nedokáže vyřešit, se její tělo stalo bariérou proti pocitům a růstu. Proces TPT umožňuje zásadní změnu vztahu klientky k jejímu tělu prostřednictvím aktivní psychofyzické exprese zážitků spojených s příznaky, a tak poskytuje úlevu od příznaků (Krantz, 1999).

Zvýšená vnímavost těla může pomoci s rozpoznáváním emocí, a tedy i s regulací emocí (Acolin, 2016). Větší vnímavost těla také zlepšuje fyzické schopnosti, jako je rovnováha a dýchání, stejně jako zvládání fyzických a emočních obtíží a snižování psychiatrických příznaků. Nesnášenlivost určitých emocí a změn nálad je dalším faktorem, který často pomáhá udržovat PPP (Gyllensten et al., 2003).

Dalším zmiňovaným podpůrným faktorem byla u R1 a R2 verbalizace. Prožitý improvizovaný pohybový nebo taneční zážitek je dobré verbalizovat, aby došlo ke zvědomění skrytých obsahů. Pro verbalizaci se nemusí používat pouze slova, ale zážitek změny či řešení se dá prožít i v pohybu (Očenášová, in Zedková, 2012).

Jako podpůrný faktor byla zmíněna i individuální forma terapie, konkrétně u R1 a R2. Fascinující je však i možnost TPT v rámci rodinné terapie, poněvadž nefunkčnost

v rodinných vztazích je často jedním z klíčových důvodů vzniku PPP. U rodin s PPP lze pozorovat rozpor mezi verbálními a neverbálními signály v komunikaci (Očenášová, in Zedková, 2012).

Respondentky popisovaly jako další podpůrné faktory také větší množství technik, zvědomění náročných témat a sebereflexi.

Faktory znesnadňující proces TPT

V rámci faktorů znesnadňujících proces TPT klientky zmiňují špatný setting, omezený počet setkávání a málo prostoru pro rozvoj svých témat. Špatný setting popisovaly respondentky jako vlastní limit. Vzhledem k tomu, že terapie probíhala v období, kdy jedné klientce zemřelo domácí zvíře, druhá se připravovala na náročné zkoušky a třetí se stěhovala, tyto faktory chtě nechtě ovlivňovaly jejich prožitky. Často zmiňovaly, že by si měly v den, kdy mají terapii, předtím udělat volno a naladit se na to. Bohužel se to ne vždy povedlo.

Vzhledem k povaze a rozsahu práce jsem se rozhodla stanovit čtyři terapeutická setkání a zároveň nastavit jejich strukturu tak, aby byla respondentkám přínosem, avšak nevedly k zahlcení. Pravidelně docházelo k ošetření jejich emocí a reflexi jejich aktuálního stavu, aby nedošlo k retraumatizaci. Zároveň jsem jim nabídla, pokud by bylo třeba, další terapeutická setkávání, popř. že je odkážu na jiného odborníka. Ani jedna z respondentek této nabídky nevyužila. Po skončení výzkumu jsem je ještě opakovaně kontaktovala, abych se ujistila, že je vše v pořádku, což se potvrdilo. Tímto vnímám z mé strany výzkum jako eticky ošetřený.

Jak jednotlivé techniky působily na respondentky

TPT je psychoterapeutická metoda, která využívá výrazový pohyb k vyjádření emocí a myšlenek a k lepšímu porozumění sobě samému. Pohybové intervence jsou zásadním nástrojem této terapie. Mezi ně patří například skupinová synchronizace v pohybu pod vedením terapeuta, improvizovaný pohyb v kruhu, zrcadlení pohybu, individuální taneční improvizace, mobilizace prostřednictvím rozpohybování akčních slov klientky, práce s pomůckami, vedená imaginace v pohybu, pohybová improvizace na témata spojená s jídlem, zkoumání polarit v pohybu a práce se sebe dotykem a sebe masáží (Očenášová, in Zedková, 2012).

Zmiňuje jako vhodné intervence v rámci TPT pro klienty s PPP protahovací a relaxační cvičení, hlubokou svalovou relaxaci, tematický volný pohyb za poslechu různých stylů hudby, dechová cvičení, vedenou imaginaci, centering, zrcadlení, sebereflexivní

deníky, prozkoumávání pohybových interakcí ve dvojicích, Chacienský kruh, pohybování se s předměty (míče, elastické pásy), sebedotek, vnímání vnitřního světa, dotyková cvičení, mapování těla, houpání se, cvičení se vzdáleností, bezpečný prostor/bublina nebo také techniky jiných expresivních terapií, jako je např. kresba (Bucharová, 2022).

Mé respondentky v souvislosti s technikou zrcadlení hovořily o ambivalentních pocitech, o tom, že pro ně bylo jednodušší, když následovaly pohyb, že prožívaly nepříjemné pocity při vedení pohybu a že technika vedla ke sblížení s terapeutkou. Tato technika, praktikovaná v TPT, pomáhá ke zlepšení emocionálního porozumění a empatie k druhým. Zrcadlení zahrnuje imitaci pohybů, emocí nebo záměrů naznačených pohybem klienta a je běžně praktikováno k posílení empatie terapeuta ke klientovi (McGarry & Russo, 2011).

Můj výzkum ukázal, že v rámci techniky pohybového dialogu v sobě našly respondentky uvolnění a hravost. Jedna respondentka dokonce zmiňuje pocit sesterství. U techniky autentického pohybu všechny respondentky vnímaly jako důležitý kontakt se zemí. V praxi TPT je zvykem, že terapeuti aplikují uzemnění v rámci svých sezení a pro hodnocení pohybových profilů svých klientů (Tord & Brauninger, 2015). Respondentky dále zmiňovaly, že to pro ně byla náročná technika, měly strach z pozorovatele, soustředily se na myšlenky, ale zároveň cítily uvolnění.

Ve druhém setkání jsem využila techniky, které byly na pomezí TPT a mindfulness. U mých respondentek se objevila témata: hledání příjemných kvalit materiálu, hledání místa v prostoru „jako doma“, hravost, fakt, že ochutnávání zpustilo úzkost, objevování nových kvalit, asociace, které spustilo smyslové vnímání a obdivování růže.

V rámci třetího setkání se objevily u respondentek tato témata: prožití náročných životních témat, zahlcení, sebevyjádření, sebezpřijetí, odpuštění si, posílení sebelásky. Dle Cervera et al. (2003) byla nízká sebeláska konzistentně popsána jako rizikový faktor pro rozvoj PPP.

Toto setkání pro R2 a R3 bylo nejsilnějším prožitkem. Zajímavé je, že navzdory špatnému settingu, ve kterém se R2 nacházela, jí postupně techniky pomohly k uzemnění a zpomalení. Také vnímala, jak jí můj zájem o její osobu a pozornost, kterou jsem dávala jejím tématům, pomohly překonat vnitřního kritika a nízké sebevědomí.

Na čtvrtém setkání R2 a R3 opět zmiňují špatný setting, celkově však všechny respondentky hodnotí toto setkání jako pozitivní prožitek. Setkání sestávalo ze tří technik: vizualizace, tanec, kresba. U techniky vizualizace jsem se inspirovala Leunerovou

katatymně-imaginativní psychoterapií (KIP), což je psychodynamický psychoterapeutický směr, který vznikl v 50. letech minulého století a nadále se úspěšně rozvíjí. Schopnost člověka imaginovat je nekonečným zdrojem pro kreativní procesy a zároveň získává pro svůj terapeutický potenciál široké využití (Leuner, 2007).

V rámci tance se respondentkám otevřela témata sebepřijetí a sebevyjádření. Rozvinutí schopnosti symbolizovat a hrát si je jedním z cílů TPT (Očenášová, in Zedková, 2012).

U kresby vnímaly R1 a R2 uvolnění a estetický prožitek. Pro R2 byly v její kresbě důležité symboly ptáků, letu a ohně. Arteterapie je jedinečnou formou umělecké terapie, která může nabídnout klientům s PPP nonverbální způsoby vyjádření náročných emocí a zážitků, které ztěžují průběh uzdravení (Griffin et al., 2021).

Pohybové zpracování stresových situací, identifikace spouštěčů a nacházení způsobů, jak předcházet relapsu jinými (pohybovými, kreativními) způsoby zvládnání aktuálního pocitu ohrožení, než je manipulace s jídlem, jsou dalšími možnostmi práce s touto klientelou. Je však důležité počítat s tím, že nově vytvořený tělesný prožitek z pohybu se může stát alternativní strategií, která nahradí požitek z jídla a zvracení. I když jde o méně život ohrožující řešení, je důležité počítat s tím, že se může překloupat v závislost na aerobním cvičení, spalování kalorií či produkci endorfinů (Očenášová, in Zedková, 2012).

Analýza pohybu účastnic

V rámci kategorie tělo v Labanově analýze pohybu převládaly u respondentek tato témata: napětí v těle, nezapojení hlavy do těla, hluboký dech a distální iniciace pohybu. V této kategorii zkoumáme např. (ne)používání jednotlivých částí těla, (ne)schopnost jejich diferenciací, jejich vzájemné (ne)propojení v pohybu, používání kinesféry (prostoru, který zaujímá pohybující se tělo), rozložení dechu v těle, míst, kde je v těle napětí, částí těla, které jsou uvolněné, atd. (Zedková, in Bič a kol., 2011).

V kategorii prostor se u respondentek objevovala často témata: blízký prostor dosahu, vysoká i nízká úroveň pohybu, využití všech tří směrů pohybu a vertikální rovina. Trojdimensionální pole kolem těla, na jehož okraj dosáhneme natažením končetin, zatímco stojíme na jednom místě, nazýváme kinesféra (Tortora, 2006).

Dotek se svým tělem, udržování vzdálenosti ve vztahu s terapeutem a obloukové zaměřené pohyby byly podstatnými tématy v kategorii tvar. Pro tuto kategorii je podstatné,

jak se mění tvar našeho těla ve vztahu buď k sobě samým, anebo k okolí (Zedková, in Bič a kol., 2011).

Poslední kategorií je dynamika, kde jsem identifikovala identická témata u R1 a R3. R2 to měla přesně naopak. Tedy: čas – zadržovaný, prostor – nepřímý, váha – lehkost, plynutí – volný. Zadržovaný pohyb si můžeme představit jako například protahování se při ranním vstávání. Faktor času zjišťuje způsob, jakým se k plynutí času vztahujeme. Nejedná se přímo o rytmus či tempo akce. Nepřímý neboli multifokální pohyb vypadá jako těkání po prostoru či „skenování“ okolí. Prostor jakožto element dynamiky se narozdíl od kategorie prostoru vztahuje k našemu postoji k prostoru a naší pozornosti (či nedostatku pozornosti), které prostoru věnujeme. Pohyb v lehkosti připomíná fouknutí do dlaně při imaginárním „posílání polibku“ (Zedková, in Bič a kol., 2011).

Jemnost, vlídnost a laskavost jsou kvality, které se mohou pojit s pohybem v lehkosti, ale zároveň mohou působit až „nepřítomně“, „neuchopitelně“ (Tortora, 2006).

Volné plynutí je charakteristické svojí bezstarostností, uvolněností, jako když dítě běží do náruče k matce, narozdíl od plynutí vázaného, které je charakteristické rigiditou a upjatostí (Zedková, in Bič a kol., 2011).

V rámci práce s klientelou s MA lze pomocí kategorie vázaného a volného plynutí Labanovy analýzy pohybu pracovat s konfliktem mezi potřebou kompletní kontroly a pocitem absence kontroly (Očenášová, in Zedková, 2012).

Ani jedna z pohybových kvalit není nadřazená jiné. V našem pohybovém repertoáru za určitých okolností má každá své místo. Je však důležité si při analýze pohybu daného klienta všimnout, zda-li podporuje či nepodporuje kontakt s jeho okolím (Bič a kol., 2011).

Limity výzkumu

Mezi limity výzkumu patří vlastní zkušenost autorky s PPP, která mohla vést například k nevědomým tendencím při tvorbě dat a vnímání zkušeností respondentek s PPP skrze vlastní prožitky. Autorka si byla tohoto rizika vědoma a našla si supervizorku PhDr. Lucii Vlček Pelkovou, PhD., se kterou řešila možnosti svého protipřenosu.

V rámci TPT se často používá zvědoměný protipřenos i jako diagnostický nástroj terapeuta. Já jsem například u svých respondentek zavnímala rysy perfekcionismu, které pro mě byly v určitých fázích příliš zahlcující a proto jsem si vždy v tuto chvíli udělala vědomý

odstup. Supervizorka mě také naučila techniky, které pomáhají terapeutovi příliš se neidentifikovat s obsahy klienta.

Snažila jsem se svoji vlastní zkušenost s PPP do TPT nevnášet, ale když se mě jedna respondentka zeptala, zda-li mám s PPP vlastní zkušenosti, řekla jsem jí pravdu.

Zároveň jsem se snažila zachovat profesionalitu a mimo terapeutická setkávání se s klienty nescházet, aby nedošlo k narušení bezpečného vztahu s klientem.

Období realizace výzkumu pro mě bylo náročné tím, že jsem se zároveň starala o půlroční dítě. Snažila jsem se proto co nejvíce opečovat své potřeby a být „zazdrojovaná“ a v psychické kondici pro terapeutickou práci. V tomto mi hodně pomohl partner a rodina.

V prvních fázích jsem měla problém s uchopením tématu výzkumu. Trvalo mi nějakou dobu, než jsem se zorientovala v tom, jakým způsobem jej chci realizovat. Ze začátku jsem zvažovala možnost provést výzkum formou skupinové terapie na stacionáři v Praze, avšak má vedoucí výcviku mě od této možnosti velmi zrazovala, protože často dochází k tomu, že pacienti přibývají a odcházejí z oddělení v různých časech, což by ztížilo podmínky výzkumu a nezajistilo by to bezpečí ve skupině.

Jako hlavní omezení vnímám stanovené podmínky ohledně aktuální fáze PPP. Tím, že jsem si vybrala respondentky, které nejsou v akutní fázi nemoci, nepodařilo se mi postihnout ty „nejzávažnější případy“. Zároveň mi však přišlo příliš riskantní a neetické dělat výzkum s někým, kdo aktuálně potřebuje velkou míru odborné pomoci.

V rámci faktorů znesnadňujících proces TPT respondentky zmiňovaly špatný setting, který byl jejich vlastním limitem. Propříště bych do úvodního dopisu či zprávy zdůraznila, že je důležité vynahradiť si pro období výzkumu a samotný den, kdy terapie probíhá, klidné podmínky. Víím, že to nejde vždy stoprocentně zrealizovat, ale minimálně bych to zmínila a komunikovala účastnicím.

Vzhledem k rozsahu práce jsem se rozhodla zvolit čtyři terapeutická setkání, která měla saturovat potřeby výzkumu a zajistit dostatečnou pestrost technik, hloubku a možnost více se seznámit s respondentkou v rámci terapeutického vztahu. Po této zkušenosti bych označila tento počet setkání jako minimální. Naplnil potřeby výzkumu a zároveň by určitě jedno či dvě setkání navíc mohla pomoci respondentkám více projít jejich osobní témata.

Posledním bodem je pro mě počet účastnic výzkumu. Vzhledem ke zvolené interpretativní fenomenologické analýze, byl počet účastnic minimálním doporučeným

limitem. Myslela jsem na to, abych zajistila pestrost zkoumaného vzorku, a proto jsem vybrala jednu zástupkyni pro mentální anorexii, mentální bulimii i psychogenní přejídání.

Využití práce

Možná další využití mých zjištění jsou zmíněna již v úvodu. Tento výzkum byl realizován s cílem přispět k rozšíření povědomí o TPT a o jejích přínosech pro lidi s PPP. Tyto poznatky bych ráda šířila dále v rámci konferencí zaměřených na interdisciplinární léčbu PPP, i v rámci veřejných přednášek a workshopů na podobná témata. Především však chci získané poznatky využít v přímé práci s klienty, která mě nejvíce naplňuje a v plánované podpůrné online skupině pro osoby s PPP, jejíž realizace se chystá po dokončení mého magisterského studia.

Vzhledem k povaze a rozsahu práce se domnívám, že výsledky mohou být přínosem pro TPT terapeuty, kteří hledají inspiraci a motivaci pro práci s touto klientelou, stejně tak můžou rozšířit paletu nástrojů odborníkům, kteří se ve své praxi setkávají s jedinci s PPP. Vzhledem k otevřenému a podrobnému sdělování informací mými respondentkami mohou výsledky přispět k lepšímu pochopení průběhu a principů TPT. Například můžou dokreslit působení jednotlivých technik na klienty, jaký dopad mohou mít na jejich sebepojetí a vztah s tělem, ale také na co je třeba dbát v procesu TPT. Vzhledem k tomu, jak malé povědomí o efektivitě této metody při práci s klienty s PPP stále je, věřím, že přečtení interpretací respondentek napomůže k jejímu hlubšímu pochopení. Za přínosnou považují také možnost podívat se na to, která témata jsou v rámci TPT procesu pro klientky s PPP podstatná a jakých změn může tato metoda u nich docílit.

Z rozhovorů a sebereflexivních deníků vyplývá, že respondentky vnímaly jako podpůrné faktory v rámci procesu TPT např. větší množství technik, které si mohly vyzkoušet, podpůrnou roli terapeuta v procesu, individuální formu terapie, to, že je terapie propojená s tancem, zvědomění náročných témat, sebereflexi a verbalizaci. Tato práce byla napsána, mimo jiné, právě s cílem zjistit, jaký má tento druh terapie vliv na prožívání žen s PPP.

Další výzkum

Pro účely dalších výzkumů by byl rozhodně vhodný větší výzkumný vzorek. Přínosné by mohlo být vzít nějakou techniku nebo pár technik a zkoumat je víc do hloubky a opakovaně. Dále vnímám jako potenciálně přínosné udělat výzkum v rámci skupinové či rodinné TPT s klienty s touto nemocí nebo srovnat účinky metody u lidí s a bez PPP. Dále

by mohlo být zajímavé navrhnout online program, který využije principů TPT pro klienty s PPP.

8 ZÁVĚR

Výzkum přispěl k pochopení toho, jaká byla zkušenost mých respondentek s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Zjistila jsem také, jaká byla jejich zkušenost s TPT, jaký byl její vliv na jejich prožívání a jaké změny jim přinesla. Dále jsem zjistila, jak účastnice vnímaly vztah se svým tělem před výzkumem, co si přály v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímaly po skončení cyklu TPT. Podstatné pro můj výzkum také bylo zjištění podpůrných a proces znesnadňujících faktorů v TPT a působení jednotlivých technik na účastnice výzkumu. V neposlední řadě jsem provedla pohybovou analýzu účastnic. Mimo výzkumné otázky můj výzkum potvrdil dosavadní vědění o negativním dopadu PPP na fyzické zdraví. Dále jsem upozornila na podpůrné faktory v léčbě PPP, tedy osobní rozvoj, sebeděči, odbornou léčbu a motivaci na sobě dál pracovat. Zajímavé výsledky jsem získala v oblasti vztahu s tělem po TPT, kde jsem u účastnic zaznamenala dvě dominantní témata, sebedějetí a sebeláska. Dále uvádím souhrn témat v rámci výzkumných otázek:

- **Zkušenost s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu**
 - Vztahy:** vliv rodiny na rozvoj nemoci, sociální izolace.
 - Vliv nemoci:** úzkosti, negativní vztah k sobě, negativní dopad na fyzické zdraví.
 - Léčba:** osobní rozvoj, sebeděče, odborná péče, motivace na sobě dál pracovat.
- **Zkušenost s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla**
 - Zkušenost:** předchozí zkušenost s TPT, strach z introspekce.
 - Vliv:** pozitivní pocity, ambivalentní pocity, napětí, jemnost, strach z pozorovatele, otevření osobních témat, strach ze sdílení, vnitřní klid.
 - Změny:** motivace k pohybu.
- **Vztah se svým tělem před TPT, přání ke zlepšení a vztah se svým tělem po TPT**
 - Před:** zatím nejlepší vztah s tělem, ambivalentní pocity.
 - Přání:** sebedějetí, sebeláska, zlepšení psychické stránky.
 - Po:** sebedějetí, sebeláska.

- **Podpůrné faktory v TPT**

Větší množství technik, podpůrná role terapeuta, individuální terapie, terapie propojená s tancem, zvědomění náročných témat, sebereflexe, verbalizace.

- **Faktory znesnadňující proces TPT**

Špatný setting, omezený počet setkávání, málo prostoru rozvíjet svá témata.

- **Jak jednotlivé techniky působily na respondentky**

Techniky 1. setkání:

Zrcadlení: ambivalentní pocity, jednodušší, když následovala pohyb, nepříjemné pocity při vedení pohybu, sblížení s terapeutkou.

Pohybový dialog: uvolnění v průběhu, hravost.

Autentický pohyb: náročná technika, strach z pozorovatele, uvolnění, soustředění na myšlenky, kontakt se zemí.

Techniky 2. setkání:

Vnímání prostoru: hledání příjemných kvalit materiálů.

Moje bezpečné místo: hledání místa v prostoru „jako doma“.

Krabička pěti smyslů: hravost, chuť spustila úzkost, objevování nových kvalit, smyslové vnímání spustilo asociace, obdivování růže.

Techniky 3. setkání:

Příprava grafu: projití náročných životních témat, zahlcení.

Protančení grafu: sebevyjádření.

3 nejdůležitější momenty: sebebřijetí.

Ošetření z dospělé pozice: odpuštění si.

Celkově 3. setkání: posílení sebelásky, nejsilnější prožitek.

Techniky 4. setkání:

Vizualizace: pozitivní prožitek.

Tanec: sebebřijetí, sebevyjádření.

Kresba: uvolnění, estetický prožitek.

Celkově 4. setkání: špatný setting.

- **Pohybová analýza**

Tělo: napětí v těle, nezapojení hlavy do pohybu, hluboký dech, pohyb iniciován distálně.

Prostor: blízký prostor dosahu, vysoká úroveň pohybu, nízká úroveň pohybu, využití všech tří směrů pohybu, vertikální rovina.

Tvar: dotek se svým tělem, udržování vzdálenosti ve vztahu s terapeutem, obloukové zaměřené pohyby.

Dynamika: čas – zadržovaný, prostor – nepřímý, váha – lehkost, plynutí – volný.

9 SOUHRN

Diplomová práce se věnuje zkušenostem žen s poruchou příjmu potravy s tanečně-pohybovou terapií. Cílem práce bylo popsat, jaká je zkušenost respondentek s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Dále jsem se zaměřila na jejich zkušenost s TPT, jaký byl její vliv na jejich prožívání a jaké změny přinesla. Zajímala jsem se také o to, jak účastnice vnímaly vztah se svým tělem před výzkumem, co si přály v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímaly po skončení cyklu TPT. Zjišťovala jsem podpůrné a proces znesnadňující faktory v TPT, působení jednotlivých technik na účastnice výzkumu a v neposlední jsem provedla pohybovou analýzu účastnic.

Autorka si kladla za cíl využít poznatky načerpané ve dvou psychoterapeutických výcvicích: čtyřletý výcvik v tanečně-pohybové terapii pod TANTER (2017-2021) a tříletý Komplexní vzdělávací program v psychoterapii pro zdravotnictví se zaměřením na interdisciplinární léčbu psychosomatických syndromů včetně poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění pod odbornou garancí Prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. (E-Clinic, z.ú.). Zároveň si kladla za cíl vytvořit bezpečný prostor pro ženy s PPP, kde se můžou v rámci TPT dostat k hlubší sebereflexi a sebevyjádření. V praxi by ráda pokračovala v terapeutické práci (nejenom) s klienty s PPP a získané poznatky šířila v rámci odborné i neodborné veřejnosti, na interdisciplinárních konferencích, i v rámci primární prevence.

Práce se dělí na dvě hlavní části. Součástí první části je teoretické ukotvení tématu, kde jsem představila tanečně-pohybovou terapii, problematiku poruch příjmu potravy, včetně etiologie a léčby, a nakonec se zabývám dosavadními výzkumy, které se zaměřují na vliv TPT na osoby s PPP. Druhá část práce řeší metodologický rámec a prezentaci výsledků výzkumu.

V první kapitole se zabývám vymezením TPT jako takové (Bič a kol., 2011; Čížková, 2005; Dosedlová, 2005; Chodorová, 2006; Meekums, 2002; Vymětal, 2005; Zedková, 2012), jejím vznikem a cíly (Bič a kol., 2011; Blížkovská, 1999; Čížková, 2005; Dosedlová & Kantor, 2013; Kratochvíl, 2006; Levy, 1992; Sachs, 1963), nástroji (Bloomgarden et al., 2003; Čížková, 2005; Dosedlová & Kantor, 2013; Graffová, 1999; Chaiklin & Wengrower, 2016; Chodorová, 2006; Kleinman & Hall, 2005; Lewis et al., 2000; Lowen, 2002; Pallaro, 2007; Ressler & Kleinman, 2006; Špinarová Dusbábková, in Vybíral & Roubal, 2010;

Vašina, 1999; Vymětal, 1987), průběhem setkání v TPT (Srovátková, in Zedková, 2012), rolí terapeuta (Čížková, 2005; Kleinman, 2004; Chaiklin & Wengrower, 2016; Satir, 1987; Siegel, 1999; Srovátková, in Zedková, 2012; Vymětal, 1987; Yalom, 1999), Labanovou analýzou pohybu (Čížková, 2005; Newloveová & Dalby, 2016; Zedková, 2012) a podobnými směry (Bič a kol., 2011; Blížkovská, 1999; Meekums, 2002; Roth, 2012).

Dále uvádím do problematiky PPP (Krch, 2016; Navrátilová & Kalendová, 2019; Papežová, 2010; Papežová & Hanusová, 2012; Papežová a kol., 2018; Vágnerová, 2012), historií tohoto onemocnění (Faltus, in Papežová, 2010; Navrátilová a kol., 2000) a diagnostickými kritérii pro MA, MB a ZP (American Psychiatric Association, 2015; Kocourková, 1997; Rodríguez et al., 2004; Vágnerová, 2012). Současně zmiňuji méně známe PPP, jako například syndrom nočního přejídání, bigorexii a orthorexii (Martykánová & Piskáčková, 2010; Papežová, 2010; Tod et al., 2006; Tovt & Kajanová, 2021) a také řeším výskyt PPP (Fichter & Quadflieg, 2016; Galmiche et al., 2019; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Krch, 2007; ÚZIS, 2018), jejich etiologii (Duncan et al., 2017; Hay et al., 2019; Johnson et al., 2002; Krch, 1999; Krch, 2000; Krch, 2005; Krch, 2007; Krch, 2008; Krch & Fialová, 2013; Navrátilová & Kalendová, 2019; Papežová, 2012; Schmidt et al., 2016; Švédová & Mičová, 2010; Vágnerová, 2012) a léčbu (Chaiklin & Wengrower, 2016; Papežová, 2010; Vágnerová, 2012).

Ve třetí kapitole se zabývám TPT s osobami s PPP (Chaiklin & Wengrower, 2016; Kleinman & Hall, 2005; Chaiklin & Wengrower, 2016; Ressler, 2000; Savidaki et al., 2020).

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti žen s PPP s TPT. Stanovila jsem sedm výzkumných otázek, z nichž první se zabývala zkušeností účastnic s PPP na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Druhá otázka zaznamenala samotnou zkušenost s TPT, její vliv na prožívání a změny, které přinesla. Třetí otázka zkoumala, jak účastnice vnímaly vztah se svým tělem před výzkumem, co si přály v tomto ohledu zlepšit a jak jej vnímaly po skončení cyklu TPT. Další dvě otázky zjišťovaly podpůrné a proces znesnadňující faktory TPT. Další otázka se zabývala tím, jak jednotlivé techniky působily na participantky a poslední otázka zkoumala analýzu pohybu jednotlivých účastnic.

Pro výzkum jsem použila kvalitativní metodu IPA. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, sebereflexivních deníků a analýzy pohybu účastnic. Podmínkou zařazení do výzkumného vzorku bylo splnění diagnostických kritérií pro PPP, věk nad 18 let, aby bylo možné zkoumat i partnerské vztahy, které většinou před

tímto věkem nejsou příliš rozvinuté, BMI nad 17,5 a kontraindikací byla aktuální či nedávná hospitalizace nebo stav ohrožující život. Další podmínkou byla aktivní snaha respondentky se vyléčit. Výběr respondentů byl proveden pomocí metody samovýběrů s využitím sociální sítě Facebook, konkrétně oslovením potenciálních účastnic vyvěšením příspěvku do své pomocné skupiny.

Ve sledovaném výzkumu byly zahrnuty tři ženy, z nichž jedna trpí mentální anorexií (MA), druhá mentální bulimií (MB) a třetí záchvatovitým přejídáním (ZP). Věkový rozsah respondentek se pohybuje od 22 do 39 let. Ženy pochází z různých krajů České republiky, konkrétně se jedná o kraj Královéhradecký, Olomoucký a Jihomoravský. Průměrná délka jednoho rozhovoru činila 40 minut a 7 sekund. Všechny rozhovory byly přepsány a analyzovány za využití kvalitativní metody IPA. Na začátku byl kazuistický popis, na který navazovaly odpovědi strukturované podle jednotlivých výzkumných otázek. Dále došlo k analýze témat každé z účastnic, a nakonec jsem se zaměřila na odpovědi na výzkumné otázky.

Data nebyla přístupná třetím stranám. Během celého výzkumu jsem dbala na dodržování etických zásad, aby nedošlo k poškození účastnic výzkumu. Výzkum probíhal za podpory online supervize s PhDr. Lucií Vlček Pelkovou, PhD. Výzkum probíhal v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Na základě výsledků rozhovorů jsem zjistila, že úspěch a kvalita TPT jsou ovlivněny řadou faktorů. Mezi ně patří např. schopnost TPT vyvolávat u respondentů pozitivní pocity, ale zároveň otevírat náročná osobní témata a podstatná je také podpůrná role terapeuta, který s respondenty navazuje bezpečný vztah. PPP měla v životě mých respondentek neblahý dopad na vztahy, sebepojetí a fyzické zdraví. Také jsem objevila vliv rodin respondentek na rozvoj nemoci. Pro respondentky byl z hlediska léčby podstatný osobní rozvoj, sebepéče, odborná péče a motivace na sobě dál pracovat.

Respondentky zmiňovaly předchozí zkušenost s TPT a strach z introspekce. V rámci vlivu TPT na prožívání jsem zaznamenala pozitivní, ale i ambivalentní pocity, napětí, jemnost, strach z pozorovatele, otevření osobních témat, strach ze sdílení a vnitřní klid. A v oblasti změn, které přinesla TPT se objevilo téma motivace k pohybu.

Z hlediska vztahu se svým tělem před výzkumem respondentky vnímaly, že mají zatím nejlepší vztah se svým tělem, i tak se u nich objevovaly ambivalentní pocity. V rámci přání ke zlepšení ve vztahu se svým tělem zmiňovaly, že by si přály prožívat sebepřijetí a

sebelásku a také by rády zlepšily psychickou stránku. U vztahu se svým tělem po skončení cyklu TPT hovořily o právě zmíněném sebepřijetí a sebelásce.

Co se týče podpůrných faktorů v TPT, bylo zmiňováno větší množství technik, podpůrná role terapeuta, individuální forma terapie, terapie propojená s tancem, zvědomění náročných témat, sebereflexe a verbalizace. U proces znesnadňujících faktorů v TPT byl identifikován špatný setting, omezený počet setkávání a málo prostoru rozvíjet svá témata.

Nyní se zaměřím na témata vzniklá z působení jednotlivých technik na účastníky. V rámci prvního setkání se u techniky zrcadlení objevily ambivalentní pocity, to, že pro respondentky bylo jednodušší, když následovaly pohyb, nepříjemné pocity při vedení pohybu a téma sblížení s terapeutkou. Pohybový dialog přinesl uvolnění v průběhu a hravost. U autentického pohybu jsem zjistila, že je to pro účastnice náročná technika. Dále jsem identifikovala strach z pozorovatele, ale také uvolnění, soustředění se na myšlenky a kontakt se zemí.

V druhém setkání se u techniky vnímání prostoru objevilo téma hledání příjemných kvalit materiálu, dále u techniky moje bezpečné místo téma hledání místa v prostoru „jako doma“ a u krabičky pěti smyslů hravost, to, že jim zkoumání chuti spustilo úzkost, objevování nových kvalit, asociace spuštěné smyslovým vnímáním a obdivování růže.

V rámci třetího setkání přinesla technika příprava grafu témata prožití náročných životních témat a zahlcení. U techniky protančení grafu se objevilo téma sebevyjádření, u techniky 3 nejdůležitější momenty téma sebepřijetí a u techniky ošetření z dospělé pozice téma odpuštění si. Celkově přineslo třetí setkání témata posílení sebelásky a také dvě respondentky zmiňovaly, že pro ně toto setkání bylo nejsilnějším prožitkem.

U posledního setkání vnímaly respondentky techniku vizualizace jako pozitivní prožitek, tanec jim přinesl sebepřijetí a sebevyjádření a kresba uvolnění a estetický prožitek. Bohužel však dvě respondentky popisovaly špatný setting, který vnímaly jako svůj osobní limit.

V poslední výzkumné otázce jsem zkoumala pohybovou analýzu účastnic, kterou jsem provedla v rámci cyklu setkání s TPT na základě Labanovy analýzy pohybu, zatímco byly respondentky v pohybu. V kategorii tělo jsem identifikovala témata napětí v těle, nezapojení hlavy do pohybu, hluboký dech a pohyb iniciován distálně. V kategorii prostor témata blízký prostor dosahu, vysoká i nízká úroveň pohybu, využití všech tří směrů pohybu a vertikální rovina. V kategorii tvar to byl dotek se svým tělem, udržování vzdálenosti ve

vztahu s terapeutem a obloukové zaměřené pohyby. V kategorii dynamika jsem řešila čtyři faktory: čas, prostor, váha a plynutí.

U R1 a R3 se pohybový profil v těchto kategoriích shodoval. R2 to měla přesně naopak. Pro R1 a R3 jsem tedy stanovila témata: čas – zadržný, prostor – nepřímý, váha – lehkost, plynutí – volný.

Zjištěné výsledky se shodují se stávajícími tvrzeními autorů jako například Griffin et al. (2021), Krantz (1999), McGarry & Russo (2011), Očenášová, in Zedková (2012), Stromsted (2009), Totenbier (1994). Dále také s výsledky jiných studií. Například Berg (2021), Ghoch et al. (2013), O'Brien (2017), Pelzová (2021), Savidaki et al. (2020).

Je důležité zmínit, že respondentky výzkumu neprocházely akutní fází nemoci, ani nebyly hospitalizované. To jsem pro zachování etické stránky výzkumu stanovila jako podmínku výzkumného souboru. Také si uvědomuji, že počet účastnic výzkumu je nad hranicí nejmenšího možného. V případě dalšího výzkumu bych po získaných zkušenostech respondentkám zdůraznila, jak je důležité vytvořit si pro účely terapie dobrý setting, tzn. přijít včas, mít dostatek času před a po terapii na přípravu a integraci prožitků z terapie.

Výsledky výzkumu mohou být přínosem jak pro TPT terapeuty, tak i odborníky, kteří se ve své praxi setkávají s klientelou s PPP. Pro účely dalších výzkumů by byl rozhodně vhodný větší výzkumný vzorek. Získané poznatky chci dále šířit v rámci odborných i veřejných přednášek a workshopů a aplikovat při terapiích s klienty.

LITERATURA

1. Acolin, J. (2016). The mind–body connection in dance/movement therapy: Theory and empirical support. *American Journal of Dance Therapy*. 38(2), 311–333.
<https://doi.org/10.1007/s10465-016-9222-4>
2. American Psychiatric Association (2015). *DSM-5*. Hogrefe:Testcentrum.
3. Arthur-Cameselle, J. N., Burgos, J., Burke J., Cairo J., Colón M., Piña M. E. (2018). Factors that assist and hinder efforts towards recovery from eating disorders: A comparison of collegiate female athletes and non-athletes. *Eat Disord.* Nov-Dec;26(6):538-555. doi: 10.1080/10640266.2018.1477673
4. Bič, P., Čížková, K., Syrovátková, R. & Zedková, I. (2011). *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
5. Berg, S. E. (2021). *The Relationship between Eating Disorders, Weight Control Methods, and Body Satisfaction in Elite Female Runners Competing at the 2020 U.S. Olympic Marathon Trials*. (Master's Diploma Thesis).
<https://digitalcommons.cwu.edu/etd/1512/>
6. Blížkovská, J. (1999). *Úvod do taneční terapie*. Brno: Masarykova univerzita.
7. Bloomgarden, A., Gerstein, F. & Moss, C. (2003). The last word: A “Recovered Enough” therapist. *Eating Disorders*.
8. Cervera, S. et al. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. doi.org/10.1002/eat.10147
9. Crowther, J., Wilson, K. C., Horton, S., & Lloyd-Williams, M. (2013). Compassion in healthcare - lessons from a qualitative study of the end of life care of people with dementia. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 492–497.
doi.org/10.1177/0141076813503593
10. Čížková, K. (2005). *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton.
11. Dosedlová, J. (2005), *Taneční terapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
12. Dosedlová, J. & Kantor, J. (2013). *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
13. Duncan, L. et al. (2017). Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121402

14. Fairburn, C. G. (2005). Evidence based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.20112>
15. Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int. J. Eat. Disord.* 49(4). s. 391-401. doi: 10.1002/eat.22501
16. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavoracci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. May 1;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342
17. Ghoch, M., Soave, F., Calugi, S. & Grave R. (2013). Eating Disorders, Physical Fitness and Sport Performance: A Systematic Review. *Nutrients*. 2013 Dec 13. doi: 10.3390/nu5125140
18. Graffová, C. (1999). *Koncentrativní pohybová terapie*. Praha: Albert.
19. Griffin, C. et al. (2021). Effectiveness of art therapy for people with eating disorders: A mixed methods systematic review. *The Arts in Psychotherapy*. doi:10.1016/j.aip.2021.101859
20. Gyllenstel, A. L. et al. (2003). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *July 2003 Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 7(3):173–183. doi:10.1016/S1360-8592(02)00068-2
21. Hay, P., Dahill, L., Touyz, S. & Morrison, N. (2019). Associations between parental teasing in regards to their child's weight, body and/or shape, and eating problems in adolescents: a systematic review. In Abstracts from the 17th annual conference of the Australia & New Zealand Academy for Eating Disorders. *Journal of Eating Disorders*. 7 (S1). doi:10.1186/s40337-019-0272-0
22. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
23. Chaiklin, S. & Wengrower, H. (2016). *The Art and Science of Dance/Movement Therapy: Life Is Dance*. Routledge.
24. Chodorová, J. (2006). *Taneční terapie a hlubinná psychologie*. Praha: Triton.
25. Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *The American Journal of Psychiatry*. 159 (3), 394-400. doi:10.1176/appi.ajp.159.3 .394
26. iRozhlas. (2021. 22. července). *Lidí s poruchami příjmu potravy rok od roku přibývá. Mladým neprospěla sociální izolace během pandemie*. Simona Hájková.

https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/poruchy-prijmu-potravy-2020-dospivajici-epidemie-koronavirus_2107221047_ako

27. Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of anorexia nervosa in Europe. In *Handbook of Eating Disorders* (pp. 1-10). Springer, Cham.
28. Kleinman, S. (2004). Use of self as a dance/movement therapist: Our greatest therapeutic tool. *Proceedings of the American Dance Therapy Association 39th Annual Conference*. Columbia, Maryland: American Dance Therapy Association.
29. Kleinman, S. & Hall, T. (2005). Dance movement therapy with women with eating disorders. In F. Levy (Ed.) *Dance/movement therapy, A healing art*. Revised Edition (p. 221-227). Reston, VA: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance
30. Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
31. Koch, S. C. et al. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Frontiers*. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806
32. Kostínková, J. K. & Čermák, I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza*. Brno: Masarykova univerzita.
33. Krantz, A. M. (1999). Growing into Her Body: Dance/Movement Therapy for Women with Eating Disorders. *American Journal of Dance Therapy* 21, 81–103. <https://doi.org/10.1023/A:1022104603189>
34. Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
35. Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
36. Krch, F. D. (2000). *Bulimie*. Praha: Grada.
37. Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Grada.
38. Krch, F. D. (2005). *Mentální anorexie*. Praha: Grada.
39. Krch, F. D. (2007). *Bulimie*. Praha: Martinus.
40. Krch, F. D. (2008). *Bulimie*. Praha: Grada.
41. Krch, F. D. & Fialová, L. (2013). *Pojetí vlastního těla*. Praha: Karolinum.
42. Krch, F. D. (2016). Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*. 17(4):238-239. doi: 10.36290/ped.2016.054
43. Larkin, M., Watts, S. & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102–120. doi.org/10.1191/1478088706qp062oa

44. Leuner, H. (2007). *Katarymně imaginativní psychoterapie*. Praha: Portál
45. Levy, F. (1992). *Dance/Movement Therapy: A Healing Art*. Amer Alliance for Health Physical.
46. Lewis, T., Amini, F. & Lannon, R. (2000). *A General Theory of Love*. Random House.
47. Lowen, A. (2002). *Bioenergetika – terapie duše pomocí práce s tělem*. Praha: Portál.
48. Martykánová, L. & Piskáčková, Z. (2010). Orthorexie a bigorexie – méně známe formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny*. Praha: Společnost pro výživu.
49. McGarry, L. M. & Russo, F. (2011). Mirroring in Dance-Movement Therapy: Potential Mechanisms Behind Empathy and Enhancement. *The Arts in Psychotherapy*. doi:10.1016/j.aip.2011.04.00
50. Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach*. London: SAGE Publications.
51. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
52. Navrátilová, M., Češková, E., Sobotka, L. (2000). *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf-Jesenius.
53. Navrátilová, M. & Kalendová, M. (2019). Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.
54. Newloveová, J. & Dalby, J. (2016). *Laban pro každého*. Olomouc: Akademie Alternativa.
55. O'Brien, K. M. et al. (2017). Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One*. Jul 10;12(7):e0181104. doi: 10.1371/journal.pone.0181104.
56. Pallaro, P. (2007). Somatic countertransference: The therapist in relationship. *Authentic Movement: Moving the body, moving the self, being moved* (pp. 176-193). London: Jessica Kingsley.
57. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
58. Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh: anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven*. Praha: Psychiatrické centrum.
59. Papežová, H. & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

60. Pelzová, G. (2021). *Podpurné a ztěžující faktory v procesu léčby poruch příjmu potravy* (Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého).
<https://theses.cz/id/lo0xj4/>
61. Ressler, A. & Kleinman, S. (2006). Reframing body-image identity in the treatment of eating disorders. *The Renfrew Center Foundation Healing Through Relationship Series: Contributions to eating disorder theory and treatment Fostering body-mind integration* (Vol.1, pp. 2-19). Philadelphia, PA: The Renfrew Center.
62. Rodríguez M. A., Novalbos, R. J. P., Martínez, N. J. M., Escobar, J. L., & Castro de Haro, A. L. (2004). Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 846-852
63. Roth, G. (2012). *Vypořádejte své modlitby*. Praha: Maitrea.
64. Sachs, K. (1963). *World history of Dance*. New York: W. W. Norton.
65. Satir, V. (1987). The therapist story. *Journal of Psychotherapy & the Family*. 3(1), 17–25. doi.org/10.1300/J287v03n01_04
66. Savidaki, M., Demirtoka, S. & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Re-inhibating one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. doi.org/10.1186/s40337-020-00296-2
67. Schmidt, U. et al. (2016). Eating disorders: the big issue. *The lancet. Psychiatry*, 3(4), s. 313-315. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00081-X
68. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press.
69. Smith, J.A. and Osborn, M. (2008) Interpretative Phenomenological Analysis. In: *Smith, J.A., Ed., Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, Sage, London, 53-80.
doi.org/10.1002/9780470776278.ch10
70. Snyderová, A. F. (1989). Some Aspects of the Nature of the Rhythmic Experience and Its possible of Therapeutic Value. In P. Bič a kol., *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově* (12). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
71. Syper, A., Keitel, M., Polovsky, D. M., & Sha, W. (2023). Dance/movement therapy for individuals with eating disorders: A phenomenological approach. *American Journal of Dance Therapy*, 1-27. doi.org/10.1007/s10465-023-09379-4
72. Švédová, J. & Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: manuál pro pedagogy*. Brno: Občanské sdružení Anabell.

73. Tod, D., Edwards, C., & Cranswick, I. (2006). Muscle dysmorphia: Current insights. *Psychology Research and Behaviour Management*. 9, 179-188.
74. Tortora, S. (2006). The Dancing Dialogue. Using the Communicative Power of Movement with Young Children.
75. Totenbier, S. L. (1994). A new way of working with body image in therapy, incorporating dance/movement therapy methodology. *Arts therapies and clients with eating disorders* (pp. 193–207). New York: Fragile Board.
76. Tord, P. & Brauninger, I. (2015). Grounding: Theoretical Application and Practice in Dance Movement Therapy. *The Arts in Psychotherapy*. doi.org/10.1016/j.aip.2015.02.00.
77. Tovt, Š. & Kajanová, A. (2021). Introduction to bigorexia. *Journal of nursing and Social Sciences related to health and Illness*. Actavia. 23 (2), 133-137. doi: 10.32725/kont.2021.014
78. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2018*. Získané z https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
79. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
80. Vašina, L. (1999). *Sanoterapie*. Brno: Masarykova univerzita.
81. Vybíral, Z., Roubal, J. a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
82. Vymětal, J. (1987). *Psychoterapie*. Praha: Horizont.
83. Vymětal, J. (2005). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
84. Yalom, I. D. (1999). *Teorie & praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
85. Zedková, I. (2012). *Tanečně pohybová terapie: Teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Arteterapeutická kresba R1, R2, R3
2. Vstupní rozhovor s R1
3. Abstrakt diplomové práce
4. Abstract of Thesis







Respondentka č.1

Tak já vás vítám u výzkumu pro moji diplomovou práci na katedře Psychologie v Olomouci a na začátek se Vám představím, jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia a v rámci diplomové práce jsem se rozhodla zaměřit se na téma Zkušenosti žen s poruchou příjmu potravy s tanečně-pohybovou terapií a v rámci tohoto výzkumu na začátku s vámi udělám tento rozhovor, pak budou následovat čtyři týdny, kdy se vždy jednou týdně sejdeme na terapeutické setkání a na konec za týden po skončení spolu znovu uděláme rozhovor. V průběhu výzkumu po vás budu chtít, abyste si vedla deníkové sebereflexivní záznamy. Celý ten výzkum je anonymizován a máte kdykoli právo z něj odstoupit. Je to tak v pořádku?

Ano.

Děkuju. Tak já se vás na začátek zeptám na otázku: Jak vnímáte vztah se svým tělem?

Nemám ho ráda.

Mohla byste to popsat víc?

Nepřijímám se vlastně taková, jaká jsem. Jako malá se vlastně styděla za velký břicho v plavkách...

Aha.

Vlastně jsem měla pořád tendenci se schovávat, bála jsem se vyslíct.

Jo.

Proto nechodím třeba na bazény.

Jo. A čím myslíte, že je to třeba způsobené?

(delší odmlka)... tak určitě to má kořeny v dětství, to je jasný.

Mmm...

A,, já jsem se vlastně sama sobě nelíbila, ale kvůli čemu, to netuším.

Jo. Takže myslíte, že to má kořeny v dětství, můžete zapátrat třeba v čem by v tom dětství mohl být ten zakopaný pes? Že nemáte ráda svoje tělo.

Tak je tam vlastně to nepřijetí od rodičů, který který jsem si vlastně přinesla.

Jo. Dobře. Tak já se zeptám: jak byste popsala svoji cestu s poruchou příjmu potravy? Kdy to začalo? Co se jako v té době dělo ve vašem životě? Za jakých okolností to

vzniklo? A jak se ta porucha vlastně projevuje ve vašem životě na úrovni těla, myšlenek, emocí a vztahů? Já to kdyžtak připomenu. Je to hodně komplexní.

Ta otázka začala teda čím?

Jak vlastně začala ta zkušenost s poruchou příjmu potravy? V jakém období života to začalo?

Tak já vlastně kam sahá moje paměť, tak já si svoje dětství do nějakých pěti let nepamatuju, já jsem to jako vytěsnila, ale tohle si jako pamatuju, v podstatě, co moje paměť sahá, tak jsem se vždycky přejídala. Vždycky jsem zajídala emoce nebo stres. Moje hlavní řešení bylo jídlo. Takže si pamatuju, že už jako malá, jo my ještě jak jsme měli všeho málo peněz, tak když jsem si chtěla dát něco dobrého, tak jsem si všeho chtěla dát moc. Jako já nevím, jestli to bylo tím. Když jsem byla u kamarádky a bylo tam něco dobrého, tak já jsem se prostě neskutečně přejedla.

Jo. Takže máte odmalička pocit nedostatku?

Určitě. Určitě. Jako já myslím, že tím zajídám tu nelásku. Ta nesebeláska že jo to trestání se, to ne-sebepřijetí. Takže si vlastně už jako malá pamatuju, jak jsem se přejedla, jak mi z toho bylo špatně. Jak jsem měla vlastně velký břicho a jak jsem na sebe byla naštvaná a vlastně čím víc jsem byla na sebe naštvaná, tím víc jsem to zase zajídala, takže jsem se vlastně motala v takovém kruhu a tom jsem doted'.

Jo a jaký to... jo takže odmalička to tak bylo?

Jo já co si pamatuju tak jsem měla problém.

Mmm.

Opravdu jako moje kam moje paměť sahá, tak jsem měla možná někdy měla fázi, kdy jsem to, ale většinou fakt jako už prostě jako malá jsem se si pamatuju, že jsem se najedla tak, že mi bylo prostě zle.

Mmm,

Ale stejně jsem vlastně pořád jedla.

Jo a třeba co se týče těch rodičů, jak to bylo ten kontext jako v rodině? Není to úplně nezbytné jako nějak do detailů vykreslovat, ale třeba vztah rodičů k vám nebo mezi sebou, jaká byla vlastně doma ta atmosféra.

Dost nahuštěná, protože samozřejmě oni měli dost jako potíže sami se sebou. Táta byl alkoholik agresivní poměrně dost, takže u nás byly na denním pořádku věci, který asi nejsou ani sdělitelný, každopádně to byla divočina.

Jo.

Jo a samozřejmě jsem cítila tu nelásku jejich.

Poslouchám.

Takový to odmítání jejich, takový ten pocit, že tam skoro zavazím, že oni mají ten příběh se

sebou tak složitý, že tím, že jsem do toho vstoupila jako třetí dcera jejich, kterou nechtěli.

Jo.

Tak jsem to vlastně jako pociťovala.

A... Vaše dětství teda šťastné nebylo...

Bylo tam dost hádek, dost agrese, byl tam jako velkej strach z mýho táty celoživotní...

Jo.

A já jsem jako celoživotně od něho jako nedostala tu mužskou pozornost, tu péči, takže myslím si, že to je velkej důvod, proč to zajídám.

A jak se choval třeba k sestřám? Byl tam nějaký rozdíl mezi tím, jak se choval k vám a k vašim sestřám?

Spíš u mamky tam byl rozdíl. Já jsem tam u tatky rozdíl úplně nevnímala. Od mámy tam jsem tu nelásku vnímala jako velikánskou, velikánský rozdíl u sester, u první sestry, která byla samozřejmě chtěná a měla pozornost té mámy. No takže jako ta mamka měla takovou velikou ignoraci a nezájem vůči mě, to jsem vnímala, že není stejné jako u sester.

Jo jo. Jak jste to teda zvládala nebo nezvládala?

Já jsem to zvládala...

Jak jste to prožívala?

Tak bolelo to.

Jo jo.

To vím, že si pamatuju, že jsem někdy chtěla i něco říct a ona se jako vyloženě otočila a vlastně dávala najevo, že se mnou vůbec nechce mluvit. Jako pár momentů si pamatuju, ty bolely.

Jo jo.

Ale já jsem zároveň v tom příběhu měla velikánský štěstí, protože jsem měla výbornou kamarádku od školky, která měla maminku a ta mě milovala jako vlastní dceru.

Jo.

Takže vlastně ona byla taková moje jak ta rodina. Oni bydleli ve stejné vesnici, takže jsem každý den po škole, možná už po školce chodila k nim, kde jsem měla tu lásku a tu pozornost, takže jsem to zvládala díky nim.

Jo.

Tam jsem zažívala pocity štěstí. Narozdíl třeba od sester, který tento únik neměly, ale já jo.

Jo jo.

Takže jsem byla napůl doma v tom prostoru, kde se v podstatě nedalo dýchat v kontrastu s tím, kde to bylo prostě báječný, kde jsem byla prostě milovaná, kde byla sranda, kde jsem měla i to zázemí, i tu pozornost a všechno ostatní, takže jsem měla vždycky takový hraniční zkušenosti.

Jo.

V tom dětství.

Takže půl napůl a bylo to tak, že doma to bylo hodně špatný a u té kamarádky hodně dobrý?

Mmm.

Mmm a jak se vám přecházelo z těch dvou světů?

Nepředstavitelně zle. To jako vlastně vždycky, když jsem věděla, že musím domů od té kamarádky, tak to jako bylo... Ta cesta trvala šest minut pěšky a byla hodně těžká.

Jo. Musela jste se na to nějak vnitřně přeladovat?

No spíš jsem vyvažovala ten stres, co zase bude, jaká bude nálada. Potom samozřejmě sestry, protože to věděly, tak samozřejmě záviděly.

Jo.

A já jsem tam vlastně ještě to já mám celoživotně velikánskej pocit viny za to, že oni jako nemají tu... Já jsem měla vždycky velikánskej pocit viny, zároveň, když jsem odcházela z toho pekla...

No?

...do toho ráje, tak jsem měla vždycky velikánskej pocit viny, že tam nechávám svoji mladší sestru, která na mě byla hodně navázaná...

Jo.

...a která mi to dávala prostě sežrat, takže když já jsem odcházela, velikánský pocity viny a pak jako, když jsem se jako vracela domů, tak strach, co bude, jaká bude nálada, jak na tom bude můj otec, jestli bude kravál nebo ne.

Jo.

A tam jsem se v podstatě přejídala.

A pamatujete si ty pocity jako třeba na tělesné úrovni? Když bylo doma tak nepříjemně, když jste se přejídala?

Hlavně vždycky přes ten solar plexus, ta čakra třetí. Stažený žaludek, břicho, stres. Já to mám vlastně vždycky stres v oblasti břicha.

Jo.

Tam mi vlastně bylo zle, bušelo mi srdíčko.

Jo. A máte to teda doted'? To, co teďka popisujete.

Jo. Stres. Vždycky se mi to tady stáhne.

Jo a je to třeba něco, co potom spouští to přejídání? Co jsou vlastně ty průvodní pocity, které potom spouští to přejídání? Pocity nebo prožitky. Co se tam vlastně děje?

Já mám pocit, že když vlastně sedím doma a nudím se, tak se začnu přejídat.

Jo. Že je to vlastně normální způsob fungování. Jo. Je to tak zarytý.

Absolutně. Jo. To je mnou.

A nějaký...

Protože já když jsem třeba s holkama nebo když mám partnera a já jsem třeba v pohodě, tak já se před ním jako držím, i když otázka je možná, že kdybych se přejedla, tak je mi to asi blbý. Samozřejmě bych se měla naplňovat sama, to je jedna věc, že to vim a druhá věc je to praktikovat. Nebo když mám nějakou zábavu a mám naplněný den, tak nemám tu potřebu se přejíst.

Jo.

Anebo mě to napadne, ale nechci si to pokazit.

Jo.

Ale když tu tak večer sedím u seriálu, tak já vlastně ani nemám hlad, já prostě jím.

Jo. Je to jako způsob zaplácání se?

Jo.

Dobře. Můžeš nějak reflektovat, co Ti vlastně to zaplácávání těla čímkoli saturuje?

Já si tím sytím asi nějaké emoce. Nějakou nedokrmenost vlastně.

A jaký emoce Ti to vlastně tím vlastně vyvolává to přejídání? Co tam vlastně vzniká? Nebo jestli můžeš vlastně...

No ze začátku je tam to uklidnění. Je tam ta blaženost, že si vlastně dávám to jídlo. Já jako to jídlo fakt obecně miluju. Miluju jídlo. Ale to co dělám už není o milování jídla, to vlastně je... Takže v první chvíli přijde to uklidnění... Protože já se vlastně třeba první hodinu přemlouvám: nedám si, nedám.

Jo.

Pak to nevydržím, takže si dám. Takže první přijde extáze, že jsem si něco dala a pak to pokračuje samozřejmě, protože já nekončím jednou věcí, takže jdu dál do ledničky a jak postupně přibývají ty věci a už to přestává mít hlavu a patu, tak začnu mít úplnou nechuť vůči sobě a skončí to úplnou jako nasraností, že jsem to jako zase udělala.

A potom je tam nějaká fáze jako času, kdy to zase odezní nebo co se děje mezi tím?

Pak se jakoby vyspím, ráno vstanu s tou vizí, že dneska už to neudělám...

Jo.

...dám si půst do oběda a řeknu si jakože ode dneška, takový to od zítřka.

Jasný.

Já už prostě... let jedu od zítřka. Takže si řeknu, že dobrý, tak se snažím ten den nastartovat, protože já to umím to dopoledne vydržet, přes oběd taky, ale vlastně od té odpolední... Já jako... Mně jako vyhovuje přerušovaný půst, který teda teďka nedělám, ale jinak mi to jako vyhovuje, takže já ráno ani nepotřebuju jíst, mně stačí jenom kafe, oběd to třeba ve dvě, to je všechno okej, ale pak přijdu večer domů a mám třeba stres nebo se cítím sama, já vždycky když se cítím sama, tak jím.

Jo. Takže ty pocítíš samoty?

No vidíte. Teďka vlastně... no vidíš, když se cítím sama, tak jím. Mmmm.

No a nezintenzivnilo se to, nezměnilo se to teďka nějak s tím odchodem partnera? To jsme ještě ani nezmínili, že tu dceru vychováváš sama, takže...?

Ne, to se nezměnilo.

Je to stejné. A v průběhu toho partnerství...

Když jako mám za sebou náročnej rozhod, tak to já jako nejím.

Jo.

A to tak prvních čtrnáct dní, a pak zas jím hodně. Když mám tu největší bolest z rozchodu, tak to jím hodně.

A čím si to třeba vysvětluješ, že v tu dobu nejíš?

Já mám třeba takovou úzkost, takový stres a mám prostě stažený břicho...

Jo.

...že prostě nemůžu nic, ani jíst.

A pak teda zase přijde ta potřeba to zaplácnout, ten starý známý mechanismus?

Mmmm.

Jo. Dobře. Mohla bys třeba ještě nějak rozvinout ty myšlenky, který jsou vlastně spojený s tou poruchou příjmu potravy? Co Tě vlastně napadá v průběhu toho přejídání nebo s čím to máš spojený tady tyhlety...

No... napadá mě vždycky, že se na sebe zlobím, že si vždycky přijdu jako nechutná, že... jakože když to jím, tak si říkám, panebože, co zas to děláš? A... vlastně už se jako zase trestám těma myšlenkama, takže... takže je to jako takovej začarovanej kruh.

Mmmm. A měla ta porucha příjmu potravy nějaký dopad na Tvé vztahy? Vnímáš, že to ovlivňuje Tvoje vztahy s lidma?

No určitě, protože já se třeba přejím, pak se cítím tlustá, mám tu nesebelásku, ani se mi nikam nechce, takže se třeba nechci potom někam připojit, že někdo někam jde a já se cítím tlustá, nechce se mi převlíkat, protože jsou mi ty věci třeba malý, takže pak nejdu ven a chci tady být třeba v té své noře, takže tady zůstanu další den a zase se přejím, takže se uzavírám do sebe a jsem takovej antisociál.

Jo.

Jo že třeba bych si chtěla zatancovat a pak se třeba stydím, že jsem vlastně tlustá a ani si nejdu zatancovat.

Jo.

Prostě se necítím dobře samozřejmě ve svém těle potom.

No a to mě dostává k tomu... já bych se potom ještě doptala na ten vnitřní dialog, ale teď mě zajímá, přijde mi zajímavý, jak si začala mluvit o tom, jak se stydíš tancovat a vlastně být v tom svém těle před ostatníma, tak jsou tam ještě nějaký podobný pocity nebo něco, co se s tím pojí, něco, co se týče toho těla? Nějaký prožitky na tělesné úrovni?

Nerozumím.

No my jsme se bavily o tom vztahu k tělu, tam jsme se vlastně bavily o tom, že je Ti vlastně ze sebe zle, trestání se za to, že máš velké břicho a jestli vlastně cítíš, že Ti ta porucha příjmu potravy, to přejídání se, jestli Ti způsobuje na úrovni těla ještě nějaký jiný negativní pocity? Já nevím, třeba že vlastně jsi v napětí ve svém těle. Já Ti to nechci jako vnucovat...

Jo rozumím.

Jako ještě víc se zaměřit na tu tělesnou složku. Co to v Tobě vlastně vyvolává to přejídání?

Tak vlastně pak že je to začarovaný kruh, protože já se třeba chci hezky oblíct, ale v tom oblečení se necítím, protože jsem se třeba den předtím přejedla. Jo takže já se třeba neoblíkám tak, jak bych chtěla, nekupuju si věci, který bych chtěla nosit, protože prostě na to nemám postavu... V partnerství se třeba stydím, když na mě sáhne ten muž...

Mmm.

Protože tam mám prostě toho špeka, takže já tam mám vlastně úplně jakoby stres, takže se potom pořád jakoby držím v nějaké fazóně, prostě se vlastně neuvolním, prostě já mám v tom těle docela velký napětí.

A cítíš to aji v běžným dnu, když se třeba zrovna nepřejídáš, tak cítíš napětí v těle?

Jo.

Ještě třeba nějaký konkrétní části těla, který cítíš, že jsou v napětí?

Tak já třeba v noci mám zaťatou pěst, takže já se úplně jakoby neuvolňuju. Jsem pořád ve střehu, už od dětství. Takže já jsem vlastně pořád ve střehu.

Jo.

Takže já se úplně neumím v noci uvolnit, teďka zkouším pranajánu, vlastně ty uvolňující techniky, protože mám pocit, že jsem dospěla do bodu, kdy bylo potřeba začít něco dělat.

Jo.

Takže potřebuju začít uvolňovat to tělo vždycky přes den zkouším to teď... a je tam vlastně pořád taková tenze, takový jako stažení.

Jo a cítíš to třeba i co se týče dýchání?

Jo je to vlastně takový ten krátký mělký dech, kdy já vlastně dýchám hodně povrchně, protože... a když vlastně mám stres, tak vlastně já to začnu prodýchávat. To jediný mi tak vlastně pomůže.

Jo. A na to si vlastně přišla jak, že si se zaměřila na to dýchání?

Tak já se vlastně zabývám seberozvojem a na té teoretické úrovni znám těch věcí dost, ale druhá věc je převést ty věci do praxe. Takže to je vlastně problém. Takže byla jsem třeba v Nepálu se učit dechový techniky, už dávno předtím je znám, byla jsem na spoustě seminářů, pro ženy toho je hodně. Ten seberozvoj mě k tomu jako vede.

Jo. A můžeš to třeba ještě nějak rozvíst co se týče toho seberozvoje, co konkrétně Ti pomohlo s poruchou příjmu potravy?

No to zatím nic.

Jo.

Protože se přejídám pořád.

Jo.

Já jsem to vlastně ale taky nikdy neřekla nahlas, že to mám... Tak vlastně do toho Nepálu jsem jela s jiným záměrem.

Jo. Můžu se zeptat, co bys ráda zlepšila na vztahu se svým tělem? Vlastně tím sepětím se svým tělem a zkus být co nejvíc konkrétní.

Jakoby vizuálně?

Cokoli. Cokoli co se týče těla.

No já bych se konečně chtěla naučit přijímat tak, jak jsem. I jako s těma nedokonalostma. Protože mi přijde, že možná, že když to přijmu, tak to konečně přestanu dělat. To, že bych ho chtěla mít ráda, to, že bych se na sebe ráda chtěla dívat do zrcadla. Víím, že s takovým tím potěšením a láskou mám odmalička problém.

Třeba jak si mluvila o tom stažení, je třeba něco, co by si chtěla změnit v této oblasti? Třeba by ses chtěla cítit ve svém těle uvolněně?

Já bych taky ráda... nemám vlastně tu disciplínu, protože je to taky o té disciplíně, kterou nemám. Protože když mám pravidelný pohyb, tak se potom taky nepřejídám, ale nedokážu se teď k tomu vyburcovat. To bych měla větší radost, protože stagnace vlastně není dobrá, že jo. Takže já vlastně víím, že to tak mám, ale nedokážu to nějak rozproutit. Takže bych prostě ráda pravidelně tancovala, cvičila, abych se cítila dobře, aby se mi ráno dobře pravidelně vstávalo, nejradši bych zapracovala na této věci.

Takže za mě stačí, to jsme zmapovaly hezky a napadá Tě ještě něco, co bys dodala?

Ne. Přemýšlím...

Jo dobře. Tak klidně můžeme přejít k té části té terapie...

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zkušenosti žen s poruchou příjmu potravy s tanečně-pohybovou terapií

Autor práce: Bc. Simona Hájková

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Počet stran a znaků: 144 stran, 242 901 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 85

Abstrakt:

V této práci se zaměřuji na to, jaké jsou zkušenosti žen s poruchou příjmu potravy s tanečně-pohybovou terapií. Dále řeším jejich zkušenost s poruchou příjmu potravy, vliv tohoto druhu terapie na prožívání respondentek a změny, které zkušenost s ní přinesla. Dále zjišťuji, jaký byl vztah respondentek s jejich tělem před a po výzkumu a co si přály v této oblasti zlepšit. Podstatné jsou také podpůrné a proces znesnadňující faktory v rámci tanečně-pohybové terapie. V neposlední řadě zjišťuji působení jednotlivých technik na respondentky a jaká je jejich pohybová analýza dle Labana. V teoretické části se zaměřuji na tanečně-pohybovou terapii, její vznik, cíle, nástroje a jí podobné směry. V rámci problematiky poruch příjmu potravy zmiňuji jejich historii, etiologii, diagnostiku a možnosti léčby. Poslední kapitolu teoretické části věnuji dosavadním zjištěním ohledně vlivu tanečně-pohybové terapie na osoby s poruchou příjmu potravy. Výzkumný soubor se skládal ze tří žen. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, sebereflexivních deníků a Labanovy analýzy pohybu. K vyhodnocení byla použita kvalitativní metoda IPA. Podstatnými zjištěními byly podpůrné faktory v rámci tanečně-pohybové terapie, kam patří například podpůrná role terapeuta, zvědomění náročných témat, sebereflexe a verbalizace. Respondentkám se podařilo naplnit přání ohledně zlepšení vztahu se svým tělem. Získaly větší sebedůvěru a sebelásku. Z prezentovaných technik je nejvíce oslovila „choreografie mého života“, která sestávala z kreativního využití tance jako nástroje pro integraci nedořešených životních témat.

Klíčová slova: tanečně-pohybová terapie, poruchy příjmu potravy, Labanova analýza pohybu

ABSTRACT OF THESIS

Title: Women with Eating Disorders and Their Experience with Dance Movement Therapy

Author: Bc. Simona Hájková

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Number of pages and characters: 144 pages, 242 901 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 85

Abstract:

In this work, I focus on the experience of women with eating disorders with dance-movement therapy. I further address their experience with eating disorders, the impact of this type of therapy on the experience of respondents, and the changes that the experience with it brought. I also find out what the relationship of respondents was like with their bodies before and after the research and what they wanted to improve in this area. Also significant are the supportive and process-impeding factors within dance-movement therapy. Last but not least, I find out the effect of individual techniques on respondents and what their movement analysis is according to Laban. In the theoretical part, I focus on dance-movement therapy, its origin, goals, tools, and similar directions. In terms of eating disorders, I mention their history, etiology, diagnostics, and treatment options. The last chapter of the theoretical part is devoted to the current findings regarding the influence of dance-movement therapy on people with eating disorders. The research sample consisted of three women. Data were obtained through semi-structured interviews, self-reflective diaries, and Laban's movement analysis. The IPA qualitative method was used for evaluation. The main findings were supportive factors within dance-movement therapy, such as the supportive role of the therapist, awareness of challenging topics, self-reflection, and verbalization. The respondents managed to fulfill their wish to improve their relationship with their bodies. They gained greater self-acceptance and self-love. Of the presented techniques, they were most attracted by the "choreography of my life", which consisted of creative use of dance as a tool for integrating unresolved life topics.

Key words: dance-movement therapy, eating disorders, Laban's movement analysis