

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**KATEDRA PEDAGOGIKY**

**Význam tance v prevenci rozvoje duševních chorob**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Tereza Chamradová

*Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání*

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

**Plzeň, 2024**

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne .....

.....

vlastnoruční podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat paní doktorce Lovasové za vedení této práce. Spolupráce byla velice efektivní a nápomocná. Dále bych také chtěla moc poděkovat rodičům, že mě přivedli na tuto cestu spojenou s tancem a já mám teď možnost spojit mé zkušenosti se studiem, které mě baví a naplňuje. Nakonec patří velké poděkování paní magistře Lucii Duškové za její přínosné rady při dokončování této bakalářské práce.

# Obsah

Úvod .....	5
<b>1 Duševní poruchy .....</b>	<b>7</b>
1.1 Charakteristika duševních poruch .....	8
1.2 Klasifikace duševních poruch .....	9
1.3 Etiologie duševních poruch .....	11
<b>2 Popis symptomů vybraných duševních poruch .....</b>	<b>14</b>
2.1 Depresivní a úzkostné poruchy .....	14
2.2 Poruchy na neurotické bázi .....	15
2.3 Duševní nemoci .....	16
2.4 Demence a mentální retardace .....	18
<b>3 Specifika pohybu a pohybový self-koncept u vybraných psychických poruch.....</b>	<b>20</b>
<b>4 Principy prevence rozvoje duševních onemocnění .....</b>	<b>22</b>
4.1 Primární prevence .....	22
4.2 Sekundární prevence .....	22
4.3 Terciální prevence .....	23
<b>5 Tanec a psychické zdraví .....</b>	<b>24</b>
<b>6 Preventivní a terapeutické působení tance u vybraných psychických poruch .....</b>	<b>27</b>
<b>7 Kvalitativní sonda u dětských i dospělých jedinců, kteří se pravidelně věnují taneční aktivitě.....</b>	<b>29</b>
7.1 Cíle a design výzkumného šetření.....	29
7.2 Použité výzkumné metody .....	30
7.3 Výstupy otevřeného kódování .....	32
7.4 Výstupy axiálního kódování .....	42
7.5 Výstupy selektivního kódování.....	45
<b>8 Kvantitativní sonda .....</b>	<b>54</b>
<b>9 Shrnutí šetření a odpovědi na výzkumné otázky .....</b>	<b>57</b>
<b>10 Závěr .....</b>	<b>59</b>
<b>Resumé .....</b>	<b>61</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>62</b>
<b>Seznam použité literatury a elektronických zdrojů.....</b>	<b>63</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>67</b>

# Úvod

Tanec je univerzálním jazykem, který oslovuje nejen tělo, ale i duši. Tato bakalářská práce se bude zaměřovat na rozbor významu tance v prevenci rozvoje duševních poruch a také na jeho terapeutický potenciál. Toto téma vychází z důležitosti pochopení spojení mezi fyzickou aktivitou a duševním zdravím. Zpracování této problematiky nabízí možnost lépe pochopit, jak obecně pohyb a konkrétně tanec mohou ovlivňovat naši psychiku a případně nám pomoci v boji s duševními poruchami. Zvláště v kontextu studia výchovy ke zdraví se jedná o relevantní téma, které může poskytnout nové pohledy na prevenci a terapii duševních onemocnění. Tanec totiž představuje fascinující prostředek, jak propojit fyzickou aktivitu s emocionálním prožíváním a vnitřní rovnováhou.

Cílem této práce bude systematicky prozkoumat vliv tance na psychické zdraví jedince a navrhnout možnosti využití tance jako prevence při duševních poruchách. Konkrétně se práce zaměří na analýzu pozitivního dopadu aktivního provozování tance na psychiku jedince a na proces, kterým tanec ovlivňuje duševní stav.

Práce bude strukturována do několika kapitol, které budou systematicky rozebírat téma významu tance v prevenci rozvoje duševních poruch. Na úplném začátku teoretické části budou definovány klíčové pojmy a představená klasifikace duševních poruch a jejich etiologie. Vybrané duševní poruchy jsou selektované na základě jejich frekvence a s ohledem na jejich možnou souvislost s tancem. Frekvence vychází z Psychiatrické ročenky z roku 2022 vydané na webovém portálu ÚZIS viz Příloha I – lze zde vidět procentuální podíl pacientů s různými psychiatrickými diagnózami. Například tato práce bude zaměřena na poruchy příjmu potravy, které se mohou objevovat u tanečnic v důsledku důrazu na estetičnost. Dále bude zkoumán terapeutický potenciál tance u poruch jako demence či mentální retardace. Dále je rozebírána analýza pohybu a pohybového self-konceptu u pacientů s vybranými psychickými poruchami a samozřejmě i neopomenutelné téma týkající se principů prevence rozvoje duševních onemocnění.

Na konci teoretické části bude detailně rozebrán vliv tance a pohybu na psychické zdraví. To, že je pohyb zdravý pro naše tělo je obecně známá informace. Tato práce se ale podrobně zaměří na způsob, jakým pohyb pomáhá a jaký vliv má na psychické zdraví. To samé platí i u tance. Díky tanci si člověk může začít více uvědomovat své tělo a pokusit se posouvat své hranice, protože tanec může být pro spoustu lidí výstupem z jejich „bezpečné“

zóny. Je důležité si uvědomit, že tanec sám o sobě není léčbou, ale má příznivý vliv v terapii různých duševních poruch – a právě na toto téma se bude zaměřovat poslední kapitola teoretické části. Bude zde uvedeno, jakým způsobem může tanec napomáhat v terapii u vybraných duševních poruch – každá porucha se totiž projevuje jinak. Dle mého názoru je tanec univerzálním prvkem, který je tvárný a dá se využít v terapii mnoha způsoby.

Pro praktickou část této práce bude zvolen kvalitativní design, využívající rozhovorů s jedinci, kteří se aktivně věnují taneční aktivitě. Cílem této práce bude zmapovat subjektivní pohled tanečníků týkající se dopadů tance na jejich psychiku, dále také proces, kterým tanec ovlivňuje jejich duševní stav a faktory podílející se na tomto procesu. Získaná data budou analyzována pomocí otevřeného, selektivního a axiálního kódování.

Tato práce se bude snažit přispět k lepšímu porozumění vztahu mezi tancem a duševním zdravím. Tanec totiž není pouze fyzickou aktivitou, ale také silným nástrojem pro vyjadřování emocí a posilování sebevědomí.

# 1 Duševní poruchy

Na úplný úvod mé práce bych ráda zmínila definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – WHO) která zní: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen nepřítomnost nemoci či vady.*“ (WHO, 1948). Dosedlová (2018, s. 74) ovšem zmiňuje, že definice zdraví dle WHO byla v roce 1977 doplněna o dodatek „*schopnost žít sociálně a ekonomicky produktivní život*“. Z toho vyplývá, že zdraví samo o sobě už nepředstavuje cíl, ale spíše prostředek k harmonickému vývoji a realizaci člověka. Tato práce se bude zaměřovat na zmíněnou duševní pohodu.

Definic zdraví je mnoho a každá má lehce jinou podobu či pojetí, které se ovšem ve většině případů navzájem doplňují či dokonce shodují. Obecně lze rozdělit definice zdraví do dvou kategorií:

- Zdraví jako **nepřítomnost nemoci** – tento přístup chápe nemoc nebo zranění jako odchylku od normálního stavu zdraví, který je možné obnovit odstraněním této odchylky.
- Zdraví jako **kontinuum** od výborného zdraví až po nemoc a zdravotní problémy – při hodnocení zdravotního stavu je důležité zohledňovat všechny aspekty života, včetně biologických, psychologických a duchovních. (Leona Jochmannová, Tereza Kimplová a kol., 2022, s.22).

Křivohlavý ve svém díle Psychologie zdraví (2003) srovnává a zmiňuje rozdílné definice zdraví, včetně své:

- „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2003, s. 40).
- „*Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)*“ (Seedhouse, 1995, s. 61 in Křivohlavý, 2003, s. 39).
- „*Dobré zdraví je síla zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje*“ (Williams, 1983, s. 192 in Křivohlavý, 2003, s. 33).

- „Zdraví je schopností pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí (života), tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk v životě setkává“ (Dubos, 1959 in Křivohlavý, 2003, s. 35).
- „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“ (Parsons, 1981, s. 69 in Křivohlavý, 2003, s. 35).

Zdraví není statický stav s jasně definovaným koncem, ale spíše dynamický proces, který umožňuje maximální rozvoj organismu v souladu s jeho schopnostmi. Zdraví se mění s každým okamžikem v reakci na proměny v okolním prostředí a v organismu samotném. Toto neustálé přizpůsobování se požadavkům prostředí je důvodem, proč je zdraví člověka vnímáno jako dynamická realita (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 16).

## 1.1 Charakteristika duševních poruch

Úplně první zmínka o duševních poruchách v mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen MKN) se objevila až v její 5. revizi, a to v roce 1938. Byly zde zmíněné čtyři druhy duševních poruch – mentální zaostalost, schizofrenie, maniodepresivní psychóza a ostatní duševní poruchy. S postupem času vycházely nové revize a aktualizace mezinárodní klasifikace nemocí. Zatím nejaktuálnější, tedy 11. revize mezinárodní klasifikace nemocí, která je platná od 1.1.2023, definuje duševní poruchu jako „*syndrom charakterizovaný klinicky významnou poruchou kognitivních funkcí, emoční regulace nebo chování jedince, která odráží narušení psychologických, biologických nebo vývojových procesů, jež jsou základem duševních a behaviorálních funkcí*“ (UZIS, 2023).

Vymezení pojmu „duševní porucha“ je dlouhodobě probírané téma nejen mezi psychology, ale i mezi lékaři, filozofy nebo sociology. Podíváme-li se na historický vývoj, můžeme rozlišit dva základní modely charakterizující duševní poruchy – organický a psychosociální. Organický model je spojen se vznikem samotné psychiatrie na přelomu 18.-19. století. Tento model charakterizuje a klasifikuje jednotlivé duševní poruchy na základě jejich symptomů (tj. chorobných příznaků). Jak zmiňují Miňhová a Lovasová (2018, s. 19-20), v této době „*jsou blíže specifikovány některé duševní choroby jako dementia praecox (později přejmenována na schizofrenii), cyklofrenie, organické duševní poruchy a akutní exogenní reakční poruchy*“. Druhý model, nazývaný jako psychosociální model, vznikl až ve



20. století v důsledku působení psychodynamických škol a částečnému rozvolnění diagnostických systémů. Již zmíněné diagnostické rozvolnění, které vyvrcholilo v polovině 20. století, je spojeno s tzv. antipsychiatrickým hnutím, které bylo samotným výsledkem tohoto vyvrcholení a označovalo diagnózy na tzv. nálepky. S postupem času si každá psychologická škola nebo psychiatrický směr začali tvořit vlastní jednotlivé diagnostické systémy a odborníci z různých koutů světa si tak přestávali rozumět.

Na webových stránkách Národního zdravotnického informačního portálu je pojem duševní onemocnění neboli duševní porucha definován podle Americké psychologické asociace (American Psychological Association, APA) jako „stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného“ (NZIP, 2023).

Orel (2020, s. 14) zmiňuje, že rozhraní mezi zdravím a patologií v případě duševních chorob je někdy jasně definované, ale v jiných případech je velmi nejasné. Jak tedy poznáme, kdy se jedná o přirozenou psychickou reakci na situaci a kdy se jedná o projev duševní poruchy? V medicíně, a tedy i psychiatrii se setkáváme s různými diagnostickými systémy a klasifikacemi, které nám pomáhají rozlišit nemocného a zdravého člověka. U zdravého jedince stačí posilovat jeho stav a u nemocného je po správné diagnostice nutno zahájit léčbu, jejímž cílem není nic jiného než zlepšení jeho stavu.

Dle dat dostupných na webovém portálu Národního zdravotnického informačního portálu trpí téměř 10 % Čechů nějakou formou duševního onemocnění (NZIP, 2023). Z posledního výzkumu z roku 2021 vychází, že celkový počet duševně nemocných v České republice dosáhl zatím nejvyšší hodnoty a to 756 115 (viz Příloha II). V roce 2010 to bylo 615 396 a to nám ukazuje nárůst o celých 22 %. Průměrný meziroční nárůst tak činí přibližně 2 % (NZIP, 2023).

## **1.2 Klasifikace duševních poruch**

Klasifikace duševních poruch je nutná pro správnou diagnostiku, následnou léčbu či výzkum dané duševní poruchy. V medicíně a klinické praxi jsou klasifikační a diagnostické systémy nedílnou a nenahraditelnou složkou. Tyto systémy jsou neustále aktualizovány, zdokonalovány a transformovány do zcela nových a aktuálních verzí a vychází zpravidla ze získaných zkušeností.

- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

V Americe se za jedinou oficiální klasifikaci nemocí považuje Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), který zveřejnila Americká psychologická asociace (American Psychological Association, APA). Zatím nejnovější verzí je páté vydání revize textu Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision), které představuje nejaktuálnější aktualizaci textu. Tato klasifikace vyšla v platnost v roce 2022 a představuje manuál pro medicínu a klinickou praxi v Americe, který může výrazně zlepšit diagnostiku, výzkum a případnou léčbu. „Revidovaná verze obsahuje novou diagnózu (prolongovaná porucha smutku, v angličtině *prolonged grief disorder*), objasňující úpravy souborů kritérií pro více než 70 poruch, přidání Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize, klinické modifikace (ICD-10-CM) kódů symptomů pro sebevražedné chování a nesuicidální sebepoškozování a aktualizace popisného textu pro většinu poruch na základě rozsáhlého přehledu literatury“ (APA, 2022).

- Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí neboli MKN (International Classification of Diseases, ICD) je klasifikační a kódovací systém různých nemocí, poruch a stavů, včetně duševních poruch. Od roku 1992 byla v celé Evropě oficiálně používána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO, 1992). Ačkoli byla tato desátá revize často aktualizována, došlo k vydání 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Tato nejnovější, jedenáctá verze byla schválena na 72. zasedání Světové zdravotnické organizace v květnu 2019 a začala platit od 1. ledna 2022. Bylo zavedeno pětileté přechodné období pro reportování statistiky příčin úmrtí (UZIS, 2023).

V České republice je zatím stále v platnosti 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a MKN-11 se stále připravuje. V současné době je na oficiálních webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR dostupný pracovní náhled české verze MKN-11.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 používá pro označení duševních chorob písmeno F, má celkem 11 kategorií a každá kategorie obsahuje několik podskupin, které jsou následně více specifikovány. Kategorie F00-F99 *Poruchy duševní a poruchy chování* obsahuje tyto hlavní diagnostické skupiny (MKN-10, 2023):

- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání
- F99-F99 Neurčená duševní porucha

### **1.3 Etiologie duševních poruch**

Příčiny vzniku duševních poruch jsou u několika duševních poruch stále neobjasněné, a proto je tato problematika poměrně složité téma. Na vzniku duševní poruchy se ve většině případů podílí více faktorů. Miňhová a Lovasová (2018, s. 21-23) rozdělují duševní poruchy podle:

- 1) Doby, v níž působily na:
  - a. Prenatální faktory
  - b. Perinatální faktory

### c. Postnatální faktory

Vlivy prenatální označují vlivy před narozením a rozdělují se na dobu před oplozením – čili vlivy prekoncepční a na dobu po oplození – čili vlivy postkoncepční. Do prekoncepčních vlivů můžeme zahrnout věk matky a správnou životosprávu matky zajišťující dostatek vitamínů, minerálů a živin. Do prenatálních postkoncepčních vlivů řadíme ty faktory, které negativně působí na vývoj plodu – stres, záněty mozku, záření či toxické látky.

Do vlivů perinatálních neboli vlivů působící na plod kolem porodu spadá např. mechanické poškození hlavy a mozkové tkáně plodu při porodu či nedostatečný přívod kyslíku při asfyxii.

*„Záněty mozku a mozkových plen, mozkové nádory, intoxikace, poranění mozkové tkáně, metabolické poruchy a poruchy žláz s vnitřní sekrecí“ – to vše se může podílet na vzniku duševní poruchy a označujeme to za postnatální vlivy. „Za významný postnatální faktor považujeme i prostředí, které může působení výše uvedených nox potencovat nebo tlumit“ (Miňhová a Lovasová, 2018, s. 22).*

#### 2) Znalosti etiologického faktoru na:

- a. Exogenní poruchy
- b. Endogenní poruchy

Exogenní (vnější) faktory můžeme rozdělit dle Orla (2020, s. 31) na chemické, fyzikální či biologické. Exogenní faktory chemického charakteru představují různé toxiny, léky, alkohol a další podobné tělu škodlivé látky. Mezi fyzikální exogenní faktory patří např. úraz hlavy s poraněním mozku a mezi vnější poruchy biologického charakteru řadíme nejčastěji bakteriální či virové infekce, působení parazitů, hub atd. Jednoduše řečeno, exogenní poruchy vznikají na základě zjevné příčiny. *„Patří k nim i psychogenní poruchy, které jsou způsobeny psychickým traumatem či dlouhodobou frustrací některých psychosociálních potřeb“ (Miňhová a Lovasová, 2018, s. 22).*

Endogenní (vnitřní) poruchy jsou naopak ty, které vznikly bez viditelných příčin. Jsou to takové poruchy, u kterých vůbec neznáme jejich původce – základem je psychika pacienta.

### 3) Determinujícího faktoru

- a. Biologické faktory
- b. Sociální faktory

Pod biologické aspekty vzniku duševních poruch spadají vrozené a zděděné dispozice jednotlivce. Základem celého našeho organismu je genetická informace uložená v molekule DNA (Orel, 2020, s. 28). Genomem se rozumí soubor všech struktur nesoucích genetickou informaci v organismu. Genotyp je pak celkovým souhrnem všech dědičných vlastností, který se vlivem působení prostředí stává fenotypem. Kombinací různých genů se může vyskytnout dispozice vedoucí ke vzniku duševních poruch. U mentální retardace je známa genetická příčina, ale například u schizofrenie je genetická příčina zcela nejasná. Mimo genetické faktory patří do biologických aspektů vzniku duševních poruch také hormonální produkce (a její vliv na nervovou soustavu) a enzymatická nebo metabolická nerovnováha (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 22).

Sociální faktory představují negativní vlivy prostředí obklopující jednotlivce. Špatné mezilidské vztahy a negativní formy komunikace dle Miňhové a Lovasové (2018, s. 23) nejvýznamněji ovlivňují vznik a rozvoj duševních poruch.

## 2 Popis symptomů vybraných duševních poruch

Problematika duševních poruch je závažné i když dle mého názoru často opomíjené celosvětové téma. Nelze určit jaká duševní porucha je nejčastější či nejběžnější, protože se tato data mohou lišit v závislosti na demografických a kulturních faktorech. Od pandemie koronaviru, která vypukla v roce 2019, byl zaznamenán vysoký nárůst depresivních a úzkostných poruch. „*Prevalence příznaků těžké deprese i rizika sebevražedného chování se v době COVID-19 ztrojnásobila, prevalence úzkostných poruch téměř zdvojnásobila*“ (Časopis Urgentní medicína, č. 4, 2020, s. 46).

### 2.1 Depresivní a úzkostné poruchy

Depresivní poruchy se řadí mezi unipolární poruchy nálady (afektivní poruchy u kterých se vyskytuje pouze depresivní ladění). Tyto poruchy jsou v dnešní době (hlavně po již zmiňované pandemii onemocnění Covid-19) velice rozšířené, časté a závažné. Projevují se v prožívání i chování a jak by se mohlo z prvního dojmu zdát, depresivní poruchy neovlivňují pouze náladu, ale vměšují se do všech sfér lidské existence. V 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) najdeme periodickou depresivní poruchu pod kódem F33. Miňhová, Lovasová (2018, s. 149) zmiňují, že „*klinický obraz depresivní poruchy tvoří tzv. depresivní syndrom projevující se v tzv. depresivní symptomatické triádě, která obsahuje sníženou dynamogenii, zpomalené myšlení a velký smutek*“.

Nejdůležitější symptomy depresivního syndromu jsou (Malá, Pavlovský, 2002, s. 38):

- neodůvodněná chorobná smutná nálada s častými sebevražednými myšlenkami
- ztráta pozitivních emočních reakcí, pocitu radosti
- ztráta zájmů a potěšení z aktivit, které pacienta dříve bavily
- apatie až abulie (neschopnost jakékoliv činnosti)
- zpomalené myšlení i řeč, obtížné soustředění
- poruchy sebehodnocení – pocity méněcennosti, nedostačivosti, sebedopceňování atd.
- snížená schopnost komunikace vedoucí až k sociální izolaci
- únava, psychická i fyzická nevykonnost

Z těchto příkladů vyplývá, že symptomy depresivního syndromu máme jak psychické, tak i somatické či behaviorální. To potvrzuje fakt, že depresivní poruchy zasahují do všech oblastí lidského bytí.

Dle Národního zdravotního informačního portálu úzkostnými poruchami trpí zhruba 10 % celé naší populace. Častěji bývají postižené ženy než muži (NZIP, 2023). Úzkost je ve většině literatur popisovaná jako subjektivně nepříjemný pocit ohrožení bez reálného nebezpečí. Jednodušeji řečeno, člověk s úzkostí se bojí, ale neví čeho, nedokáže definovat příčinu jeho emočního stavu. S úzkostí bývá často spojovaný i pojem „strach“. Strach má ovšem jasnou příčinu. Člověk, který má strach, přesně ví, čeho se bojí. Pokud se úzkosti chronicky vracejí a ovlivňují tak každodenní život pacienta, jedná se o úzkostnou poruchu. Lidé s úzkostnými poruchami mají vyšší riziko rozvoje dalších duševních poruch. Pocity úzkosti u úzkostných poruch můžou být krátkodobé (sekundy, minuty) nebo dlouhodobé (hodiny, dny, měsíce). Orel (2020, s. 229) rozlišuje tři druhy úzkosti:

- spontánní úzkost – objevuje se bez zjevné příčiny
- situační úzkost – tato úzkost je vázána na určité okolnosti
- anticipační úzkost – tento druh je spojen s určitým očekáváním ohrožení nebo při myšlenkách na danou situaci

Úzkosti se projevují stresovou reakcí, která je spojena s tělesnými projevy. Mezi nejčastější tělesné projevy patří: zvýšená dechová a tepová frekvence, zvýšená produkce potu, suchost v ústech, napětí ve svalech, parestezie (porucha cití – brnění, mravenčení ...), pocity na omdlení atd. Mezi úzkostné poruchy řadíme obsedantně kompulzivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu, panickou poruchu anebo fobickou úzkostnou poruchu.

## **2.2 Poruchy na neurotické bázi**

Miroslav Orel (2020, s. 245) se zmiňuje o skutečnosti, že poruchy příjmu potravy nejvíce vzrostly přibližně od druhé poloviny minulého století. Může za to neustále vzrůstající vliv médií nebo vysoce kladené nároky na mladistvé? Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy jsou velice rozmanité a v žádném případě nejsou jednoduché, jelikož se tykají všech složek našeho spektra, tj. bio-psycho-sociálních. Z biologického hlediska je samozřejmé, že

je potrava pro naše tělo neoddělitelnou složkou nutnou k našemu žití. Toto není ale jediná funkce příjmu potravy. Jídlo máme spojené i s psychosociální složkou – se společenským chováním (např. pohoštění je velmi častou formou lidské interakce) a také jako formu odměny, ocenění ale i trestu. Už od narození potrava uspokojuje nejen naše biologické potřeby, protože při kojení vzniká i silné psychosociální pouto s matkou.

Poruchy příjmu potravy najdeme v MKN-10 pod označením F50 a řadíme mezi ně mentální anorexii a mentální bulimii (včetně jejich atypických forem), dále také přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a ostatní poruchy příjmu potravy jako je pika u dospělých a psychogenní ztráta chuti k jídlu (MKN-10, 2023).

Na webovém portálu národního informačního portálu jsou vypsané tyto rizikové faktory u poruch příjmu potravy: ideál krásy čili tendence být „krásná/ný a hubená/ný“, společenský vliv, časté špatně aplikované (a ve většině případech velmi přísné) diety, rodinná situace zahrnující například vysoké očekávání nebo nedostatečnou péči, genetické faktory –neexistuje ovšem žádný „gen poruch příjmu potravy“. Poruchy příjmu potravy se často vyskytují v rámci téže rodiny. Dalším rizikovým faktorem může být nízké sebevědomí, jiné duševní poruchy nebo traumatické zážitky (NZIP, 2023).

Obsedantně kompulzivní poruchu (obsedantně-nutkavou poruchu) najdeme v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí pod kapitolou F42. Zde je zmíněno že „*hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy*“ (MKN-10, 2021). Tyto vtíravé myšlenky označujeme jako obsese a mohou se týkat obav ze zanedbání, možnosti kontaminace, nakažení nebo mohou mít jakýkoli filozofický či sexuální obsah. Lidé trpící obsedantně kompulzivní poruchou mají ve většině případů sklony k perfekcionismu, který znepríjemňuje život nejen jim, ale i blízkým osobám v jejich okolí. Mají nutkavou tendenci opakovaně kontrolovat již provedené úkony (jako je například zavření plynu, vypojení věci ze zásuvky nebo zamčení bytu). Tyto činnosti nazýváme jako kompulze. Obsese a kompulze se při neléčení této poruchy rozrůstají a zabírají tak čím dál více času v běžném životě a tím omezují pacienta.

## **2.3 Duševní nemoci**

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy jsou definovány jako podstatná deformace myšlení a vnímání. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou



označovány F20-F29. „Podle MKN-10 se jedná o soubor schizofrenních poruch, které se projevují halucinacemi, bludy, ztrátou sociálních kompetencí a kognitivních funkcí. Schizofrenii trpí asi 1 % jedinců v populaci a propuká nejčastěji mezi 16. a 25. rokem života“ (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 163). Až do dvacátých let minulého století se pro schizofrenii používal jiný výraz a to „dementia praecox“ neboli předčasná demence. Schizofrenii můžeme doslova přeložit a odvodit z řeckých slov jako „rozštěpení mysli“ (Orel, 2020, s. 208). Orel (2020, s. 210-211) zmiňuje typické formy schizofrenie:

- Paranoidní schizofrenie – zde jsou nejčastějším projevem relativně trvalé často paranoidní bludy a sluchové halucinace.
- Hebefrenní schizofrenie – jedinec s tímto typem schizofrenie je většinou nápadný a budí pozornost. Nejčastějším projevem je totiž nápadné nepředvídatelné chování, nepřiměřené emoce nebo emoční oploštělost a inkohorentní myšlení a řeč.
- Katatonní schizofrenie – představuje výrazné psychomotorické poruchy, nejčastěji stereotypní pohyby, snížení hybnosti nebo naopak hyperkineze. Mohou se vyskytovat také snové stavy či živé halucinace.
- Simplexní schizofrenie – zde je jedinec vtažen do svého vnitřního světa a vnější projevy jsou tak výrazně utlumeny.
- Nediferencovaná schizofrenie – pokud jsou splněna kritéria pro diagnostiku schizofrenie, ale charakteristické projevy jsou jiné než u výše uvedených typů, užívá se toto označení.
- Reziduální schizofrenie – jedná se o stav „zbytkové schizofrenní symptomatologie“. Nejčastějším projevem je bezcílnost, omezení sociálních kontaktů, oploštělost emocí atd.

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou zatím potvrzené, někteří autoři zmiňují dědičnost, jiní zase hyperaktivitu dopaminové neurotransmise. Miňhová a Lovasová (2018, s. 164-165) uvádějí i psychologickou teorii vzniku schizofrenie a ta se odvozuje od kvality vztahu mezi matkou a dcerou.

Prognóza tohoto onemocnění závisí na kombinaci biologických, psychologických a sociálních činitelů. Pokud jde o věk pacienta, nemoc má nejhorší prognózu, když propukne v dětství (v předškolním a mladším školním věku), zatímco pakliže onemocnění začne až po

patnáctém roce věku, prognóza je o něco příznivější. Z hlediska pohlaví se očekává, že ženy mají lepší prognózu než muži (Miňhová a Lovasová, 2018, s. 170).

## 2.4 Demence a mentální retardace

Demence jako soubor příznaků představuje pokles kognitivních funkcí a je spojena s postupnou ztrátou paměti, abstraktního myšlení, orientace, zhoršují se také jazykové schopnosti atd. (Orel, 2020, s. 174). Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba (demence Alzheimerova typu, G30). Patří mezi atroficko-degenerativní demence (stejně jako Pickova a Huntingtonova choroba) a „*je jedním z nejzávažnějších problémů celosvětového rozsahu*“ (Orel, 2020, s. 175). Tento typ demence se vyznačuje postupným a pomalým začátkem. Klíčovým znakem je rychlá ztráta schopnosti vnímat vlastní stav, kdy pacient ztrácí povědomí o svých obtížích a nedokáže si vzpomenout, jaký byl jeho stav před začátkem onemocnění (Orel, 2020, s. 176). Etiologie není zcela jasná. Velmi podobný klinický obraz jako Alzheimerova choroba má demence u Pickovy choroby. Pickova choroba je vzácnějším typem demence u které „*dochází k selektivní atrofii čelních a spánkových laloků mozku, kde degenerují a odumírají neurony – v odumřelých mozkových neuronech pak nacházíme Pickova tělíska. Příčiny vzniku této choroby jsou neznámé*“ (Orel, 2020, s. 181). Mezi vzácný typ demence přenášený geneticky na potomky řadíme demenci u Huntingtonovy nemoci. Propuknutí této nemoci se zaznamenává už v rané dospělosti a končí obvykle letálně po přibližně deseti až patnácti i více letech (Orel, 2020, s. 181).

Mentální retardace (F70-F79) je v 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí definována jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami*“. Symptomy se liší dle hloubky postižení, ale k typickým projevům patří např. simplexní stereotypní myšlení (chybí schopnost vyhodnotit i jasně nebezpečné situace atd.), jednoduchý, redukovaný nebo úplně chybějící řečový projev, zvýšená dráždivost či emoční oploštělost. Omezená je také schopnost učení včetně motivace (Orel a Facová, 2020, s. 284).

Co se týče rozlišování mentální retardace, Miňhová a Lovasová (2018, s. 98-100) uvádějí, že se dříve dělila podle doby vzniku na oligofrenii a demenci. Podle závažnosti se

dříve rozlišovala debilita (nejlehčí), imbecilita (střední stupeň) a idiocie (nejtěžší). Dnes MKN-10 rozlišuje mentální retardaci na základě hodnoty inteligenčního koeficientu (IQ) a klinických příznaků na čtyři stupně:

- Lehká mentální retardace (IQ 50-69) – charakteristická je opožděnost ve vývoji, a to jak myšlení, tak řeči a sociálních dovedností.
- Střední mentální retardace (IQ 35-49) – výrazně je opožděn vývoj myšlení, verbální řečový projev je redukován nebo dokonce zcela chybí, sociálním normám jedinci nedokážou porozumět.
- Těžká mentální retardace (IQ 20-34) – psychomotorický vývoj je viditelně opožděn, řeč bývá nerozvinutá (pouze vydávání skřeků), jedinci jsou celoživotně závislí na péči jiné osoby. Největší problém mají jedinci s udržováním osobní hygieny a se samostatným přijímáním potravy.
- Hluboká mentální retardace (IQ 0-19) – časté je těžké motorické postižení, řeč je zcela nevytvořena, nejtěžší formou je tzv. vegetativní idiocie kdy je pacient odkázaný na nemocniční lůžko, jedinci jsou inkontinentní a živení uměle.

Příčiny vzniku mentální retardace mohou být například: infekce matky v těhotenství, vliv záření na plod, požívání alkoholu či drog, dále také poškození mozku dítěte při porodu, asfyxie, nedostatečná výživa dítěte v časně postnatálním období, úraz hlavy nebo také infekční onemocnění centrálního nervového systému dítěte. Na vzniku mohou mít také podíl genetické faktory, zejména mutace genů a aberace chromozómů.

Jak tedy z uvedených informací vyplývá, obě poruchy, tedy jak demence tak mentální retardace, ovlivňují kognitivní funkce a mohou mít významný dopad na životní schopnosti jedince. Zásadní rozdíl je ovšem v etiologii a v klinických projevech. Demence je způsobena atrofickými změnami v mozku a projevuje se postupným poklesem kognitivních funkcí, zatímco mentální retardace vzniká především v souvislosti se strukturálními abnormalitami v mozku (zahrnující samozřejmě i genetické faktory) a má specifické symptomy odpovídající každému stupni závažnosti.

### 3 Specifika pohybu a pohybový self-koncept u vybraných psychických poruch

Pro jedince s duševní poruchou je typická nepříjemná tělesná tenze – cítí se „v křeči a celí napjatí“. Každá duševní porucha s sebou nese jiné charakteristické omezení přirozeného pohybu. Při manické fázi maniodepresivní psychózy nebo u některých forem schizofrenie může být pozorována zvýšená pohyblivost na rozdíl od například neurotické duševní poruchy, u které je typické omezení určitým stupněm paralýzy. (Čížková, 2005, s. 83). Pro každou duševní poruchu lze nalézt typické pohybové projevy.

Dle Čížkové (2005, s. 83-84) je u jedinců s psychotickými poruchami charakteristický nesoudržný tuhý pohyb. Vztah k prostoru je zmatený, pohyb je neohraňovaný. Plynutí pohybu je chvílemi naprosto volné a pak naopak velmi omezené. Pozvolný přechod ale mezi těmito fázemi nelze najít. Expresivní vyjádření emocí je často ambivalentní – pacient může pobíhat v prostoru, ale současně bude v celém těle ztuhlý. Gesta jsou nesouvislá, nenavazují na sebe a bývají nedokončená.

U jednotlivců trpících obsedantně-kompulsivní poruchou lze spatřit podobné napětí jako u schizofreniků. Jejich subjektivní vnímání je ale naprosto odlišné. „*Silný pocit viny a zahanbení související s jejich tělem je vede k tomu, že v obraně před uvedenými pocity obětují právo užívat si teplo lidského kontaktu*“. Lidé s touto diagnózou mají jasně stanovené hranice svého těla – pohyb je strnulý, tuhý a jedinci nad ním hodně přemýšlí (Čížková, 2005, s. 85).

Pohyb u klientů v průběhu deprese Čížková (2005, s. 86) popisuje jako tzv. odevzdání těla gravitaci – jejich tělo je těžké, pohyb paží a hlavy je omezený. Často lze také pozorovat poměrně výrazné omezení rozsahu jejich pohybu – využívají minimum úsilí a pohyb zároveň často přerušují. Pacienti se rovněž vyhýbají navazování očního kontaktu.

U neurotických pacientů je zřejmá přítomnost napětí v celém těle, ale jinak nemusí být viditelné žádné jiné patologické jevy.

U jednotlivců, kteří trpí poruchami příjmu potravy, jsou představy o vlastním těle nebo „body-image“ naprosto zkreslené a neodpovídající realitě – sice často vědí, že jsou hubení, ale cítí se tlustí a neatraktivní. Pacienti s touto duševní poruchou mají velmi negativní postoj ke svému tělu a berou ho jako něco „cizího“ (Zpravodaj Anabell č. 5, 2006, s. 17).

Pohyb u pacientů s demencí je omezený dle toho, v jakém stádiu demence se zrovna nacházejí. Při mírné počínající demenci bývá pacient zcela soběstačný a jeho pohyb není nijak limitován. V druhém stádiu, neboli v středně pokročilé demenci, je charakteristická postupná ztráta soběstačnosti, kdy pacient vyžaduje pomoc při běžných aktivitách jako je například oblékání, protože jsou jeho pohybové schopnosti z části limitovány. Ve třetím stádiu (těžká demence) je pohyb zcela omezený a klient je odkázán na lůžko (Smutná, 2023, s. 17-18).

U jedinců s mentálním postižením je evidentní omezenost sebevyjádření, jelikož postrádají běžné prostředky pro komunikaci – slova, řeč či motoriku. Poruchy motoriky a pohybového rozvoje jsou závislé na stupni postižení. Nejčastější projevy u jedinců s mentální retardací jsou například: motorická neobratnost, zaostávání v motorickém vývoji, nesprávné držení těla, nadměrné množství neúčelných pohybů, pohybové stereotypy atd. (Černá, 1985, s. 32 in Mrzenová, 2010, s. 19).

## 4 Principy prevence rozvoje duševních onemocnění

Prevence se jak v psychiatrii, tak i v ostatních medicínských oborech rozlišuje na tři stupně: primární, sekundární a terciální. Každý stupeň bude v této kapitole podrobněji představen.

### 4.1 Primární prevence

Primární prevence má za cíl předcházet a zabránit vzniku duševní poruchy. Primární prevenci můžeme rozdělit na specifickou a nespecifickou. Do nespecifické primární prevence řadíme především vhodné formy chování a zdravý životní styl. Dále také formu sebepoznání a sebereflexe, schopnost sebezvoje, funkčnost vztahů a rovnováhu ve sféře pracovní, osobní a volnočasové (Orel a Facová, 2020, s. 383).

Specifická primární prevence se zaměřuje na konkrétní rizika a zahrnuje mimo jiné všeobecnou informovanost o poruchách a možnostech jejich léčby. Autoři Orel a Facová (2020, s. 383) zmiňují: „*Specifické preventivní postupy, jak zabránit vzniku konkrétních psychických poruch, bohužel u naprosté většiny duševních nemocí neexistují*“. Následně ovšem podotýkají, že existují případy, ve kterých má primární prevence poměrně širší pole působnosti, a to u sociálně patologických forem chování, například když jedinec užívá psychoaktivní látky. V takovém případě je primární prevence potřebná už u dětí v předškolním a školním věku. Její realizace je mnohdy náročná, ale může zabránit vzniku patologického stavu, tedy v tomto případě závislosti (Orel a Facová, 2020, s. 383-384).

### 4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na jedince trpící duševní poruchou, projevující prvotní známky či příznaky duševní poruchy nebo na osoby, které jsou významně ohrožené vznikem duševní poruchy. Cílem sekundární prevence je zamezit prohlubování poruch a jejich negativních dopadů. Do sekundární prevence řadíme diagnostiku i léčbu. Orel a Facová (2020, s. 384) připomínají: „*Léčba řady duševních poruch musí být nejen komplexní, ale také dlouhodobá – není možné ji ukončit hned po prvním zlepšení stavu. Sekundární prevence se tak překrývá s prevencí terciální*“. Autoři tímto podtrhují význam hledání dlouhodobých strategií v léčbě duševních poruch, které se prolínají s terciální prevencí. Citace, že „léčba musí být komplexní a dlouhodobá naráží na fakt, že medikace u duševních

poruch přetrvává i po odeznění psychopatologických příznaků a tím zmírňuje riziko propuknutí nových psychických poruch.

### **4.3 Terciální prevence**

Cílem terciální prevence je zlepšení kvality života jedincům s diagnostikovanou duševní poruchou, zároveň se snaží zabránit recidivě a zmírnit následky duševní poruchy (Orel a Facová, 2020, s. 384). Velkou roli v terciální prevenci hraje psychoterapie. Nesmíme ale opomenout, že obrovský vliv v terciální prevenci mají i rodinní příslušníci, známí, kamarádi a přátelé. Podpora blízkých lidí může poskytnout nejen emocionální oporu, ale také praktickou pomoc při zvládání každodenních výzev spojených s duševními poruchami. Terciální prevence je tedy klíčovým prvkem celkové péče o duševní zdraví a podtrhuje význam komplexních, multidisciplinárních přístupů k léčbě a podpoře jedinců s duševními poruchami. Zajištění efektivní terciální prevence vyžaduje integraci různých terapeutických přístupů, sociální podpory a edukace, aby jedinci s duševními poruchami měli co největší šanci dosáhnout a udržet si dobré duševní zdraví a kvalitu života.

## 5 Tanec a psychické zdraví

Dle Státního zdravotního ústavu „*je pravidelná pohybová aktivita nejlepší prevencí civilizačních onemocnění*“ (NZIP, 2023). Pohyb pomáhá udržovat tělo ve správné fyzické i psychické kondici. Co se týče fyzické stránky našeho těla, pohyb napomáhá udržovat zdravou tělesnou hmotnost, protože při pohybu naše tělo spaluje kalorie a tím podporuje metabolismus – to je důležité pro prevenci vzniku nadváhy a obezity.

Blahutková, Řehulka a Dvořáková (2005, s. 32) zmiňují, že jednoduchými pohybovými aktivitami lze dosáhnout úplné vyváženosti organismu. Ke zlepšení našeho duševního zdraví můžeme využít jak klidnější cvičení, jako je například jóga, tak i rušenější náročnější aktivity zahrnující například různé druhy tance.

Sportovně pohybovou aktivitu označujeme jako cvičení. To může být využíváno pro redukci hodnoty cholesterolu v krvi, zvýšení kvality kardiovaskulárního systému, prevenci vzniku diabetu, snížení nadváhy, zlepšení depresivních a úzkostných stavů a stresu, zvýšení sebevědomí a zlepšení vztahu člověka k sobě samému (Blahutková, Řehulka a Dvořáková, 2005, s. 14-15).

Pohybová aktivita také podporuje vytváření nových nervových buněk a také zlepšuje schopnost soustředění se, především u dětí a adolescentů (NZIP, 2023). Pravidelné cvičení od útlého věku pozitivně působí na celou řadu tělesných systémů. Svalový systém získává prospěch z pravidelného cvičení, což přispívá k jeho udržení a posílení. Pravidelný pohyb dále podporuje funkci srdce a cév, zlepšuje tak celkový chod kardiovaskulárního systému a tím předchází různým kardiovaskulárním onemocněním. Cvičení má také příznivý vliv na imunitní systém a metabolismus, což je klíčové v obraně proti infekcím a pro udržení zdravé tělesné hmotnosti. A v neposlední řadě nám pravidelný pohyb praktikovaný od útlého věku pomáhá zlepšovat funkci plic a kostí. Plicní kapacita je zvyšována a to má pozitivní dopad na celkovou respirační funkci. Kostí jsou pevnější a odolnější, což může pomoci v prevenci osteoporózy (NZIP, 2023).

Co se týče významu pohybu ve vztahu k duševnímu zdraví, celkově lze říci, že pohybová aktivita hraje klíčovou roli v udržování duševního zdraví tím, že snižuje stres, zlepšuje náladu a podporuje celkový pocit pohody. Dle Dosedlové (2012, s. 80) v dnešní době najdeme mnoho pojmenování pro psychoterapii využívající tance a pohybu,



např.: taneční terapie, tanečně-pohybová terapie, choreoterapie, tančena terapie, psychotanec, psychobalet atd.

Člověk s nedostatečným pohybem s postupem času ztrácí kontakt se svým vlastním tělem. Díky tanci může opět navázat tento kontakt a začít si uvědomovat své tělo, plně ho ovládat a mít nad ním kontrolu. Tělo se tak stává pružnější, ohebnější, je i více zpevněné, koordinované, a hlavně se na své tělo může člověk spolehnout. Pomocí tance se dá vyjádřit mnoho emocí – je to řeč těla i duše. Když sledujeme někoho při taneční aktivitě, mělo by to v nás vyvolat emoce a taktéž to platí i z druhé strany – když my budeme improvizovat, mělo by to v nás vyvolat emoce, které můžeme svým projevem vyjádřit. Tanec je formou sebeuvědomění – uvědomění si toho, jak se vlastně zrovna cítíme. Můžeme ze sebe „vytlačit“ emoce jak negativní – smutek, agrese, obavy, tak i pozitivní – radost, štěstí, přání (Musálková, 2021).

Tanec může být pro spoustu lidí výstupem z komfortní zóny – ale i to posouvá naše hranice. Krásno tance spočívá v tom, že chceme-li vyjádřit sami sebe a naše vnitřní pocity, nemusíme mít vystudovanou taneční konzervatoř. Tanec sám o sobě není nijak ohraničený a neexistuje „správný a špatný“ tanec.

Helen Payne (2011, s. 19) ve svém díle *Kreativní pohyb a tanec* vysvětluje a zdůrazňuje rozdíl mezi třemi pojmy: tanec jako umění, kreativní tanec a taneční a pohybová terapie. Zní to vcelku podobně, avšak pojetí v praxi je zcela odlišné. Taneční a pohybová terapie má jasně stanovené základy, na kterých je postavena, aby měla výsledný terapeutický efekt. Během taneční a pohybové terapie mohou nevědomé pohybové reakce přivodit asociace s dřívějšími událostmi a způsobit nové prožití těchto událostí. To umožňuje člověku uvědomit si skryté pocity a emoce spojené s těmito ději a lépe je zpracovat prostřednictvím nového prožití (Payne, 2011, s. 19). Naopak při kreativním tanci či tanci považovaném za umění, vzniká terapeutický efekt „nevědomě“ i přesto, že se nejedná o terapii. Helen Payne (2011, s. 18) zmiňuje: „*Tanec jako umění a kreativní tanec mohou mít, podobně jako sport, terapeutické účinky, a přesto terapií nejsou, protože systematicky nerozvíjejí spojování vědomé a nevědomé zkušenosti*“.

Payne (2011, s. 20) také doplňuje, že tanec a pohyb nejsou sami o sobě léčbou, která zaručí růst, zlepšení zdraví či úplné uzdravení. Ovšem účastníci tanečních skupin většinou projevují větší soudržnost, aktivitu, odvahu a stávají se vědomějšími svých schopností.

Hlavním cílem práce s tancem a pohybem není pouze vyvolání či zrcadlení emocí, ale podpora klienta v uvědomění si toho, co se s ním děje během expresivního pohybu. A pokud je klient terapii otevřen a snaží se přijmout své vlastní tělo, aktivně se podílí na procesu osobní změny.

Taneční terapie jako psychoterapeutická aktivita pomáhá jedinci v mnoha ohledech. Česká asociace TANTER definuje taneční terapii podle koncepce ADTA následovně: *„Taneční a pohybová terapie je psychoterapeutické použití pohybu jako procesu posilujícího emocionální, kognitivní, sociální a fyzickou integraci jedince. Je formou psychoterapie, ve které je přednostním prostředkem změny pohyb. Tanečně-pohybová terapie je založena na interakci těla a mysli, přičemž taneční pohyb je komunikačním kanálem, který reflektuje osobnost, a změny v pohybové úrovni způsobují změnu v mysli“* (Dostálová, 2012, s. 83).

## 6 Preventivní a terapeutické působení tance u vybraných psychických poruch

Taneční terapie, jak je již zmiňováno v předchozí kapitole, je formou intervence při léčbě různých psychických poruch. Rozmanitost této terapeutické metody umožňuje přizpůsobení technik a cvičení podle specifických potřeb jednotlivých klientů. Tato kapitola se zaměřuje na preventivní a terapeutické působení tance a pohybu u vybraných psychických poruch. Každá porucha totiž vyžaduje individuální a speciální přístup i cíle.

U pacientů s psychotickými poruchami se taneční terapeuti zaměřují především na „uzemnění“ pacienta a na plynutí pohybu. Čížková (2005, s. 84) dle Choceové a Schmaise uvádí, že *„zejména pro schizofrenní pacienty se zdá být symbolický jazyk pohybu vyhovující, i když obvykle nemohou komunikovat slovy nebo mají potíže s verbální komunikací. Pohybový symbol usnadňuje pacientovi vyjádřit potřeby, pocity a přání. Často se využívá rytmický skupinový pohyb. Pacient nejprve reaguje na rytmus, strukturu rytmu, pak na terapeuta a později může dojít ke vzájemné komunikaci pacientů“*. U schizofreniků se v rámci tanečně pohybové terapie často užívá techniky tlačení, přetahování, kontrakce a rozepínání svalů – schizofrenní pacienti mají totiž zkreslený obraz svého těla a tímto způsobem jim taneční terapie může přinést pocit, že jejich tělesné hranice jsou pevně dané a nenarušitelné (Čížková, 2005, s. 85).

Naopak taneční terapie u jednotlivců trpících obsedantně-kompulzivní poruchou by měla vést pacienty k určité hravosti, tvořivosti, uvolnění a spontánnosti (Čížková, 2005, s. 85).

Lidé s depresí vnímají svůj tělesný stav jako oslabený a tíživý. Ve většině případů ale reagují pozitivně na rytmická cvičení a na nabídku transformace pohybového vzorce, které tak podporují jejich aktivitu (Čížková, 2005, s. 86). Rytmičká cvičení a pravidelná aktivita může pomoci pacientům zlepšit náladu. Změna pohybového vzorce, například začleněním nových aktivit či sportů přináší nejen fyzické, ale i psychické osvěžení.

Důraz při terapii pomocí pohybu u neurotických pacientů je kladen na zlepšení sebeuvědomování, k cítění vlastních pocitů a schopnosti na ně reagovat. Metody, které lze použít, zahrnují individuální práci na určitých tématech a společnou skupinovou improvizaci. Propojováním a následným rozborem těchto zkušeností u jednotlivce může

dojít ke spojení kognitivních a emočních aspektů, což následně může vést k novému porozumění možnostem chování (Čížková, 2005, s. 86).

Při poruchách příjmu potravy je jednou z psychoterapií zaměřenou na tělo právě taneční a pohybová terapie, která může pomoci vést k jistému uvědomění a zlepšení vztahu k sobě. „*Léčebný potenciál je v tanci a pohybu samotném, pohyb může vést k uvolňování a uvědomování si emocí, vzpomínek. Slouží také k rozšíření repertoáru pohybů a vzorců, pomocí nichž se vyjadřujeme, komunikujeme se sebou i s okolím*“ (Zpravodaj Anabell č. 5, 2006, s. 17).

Taneční kroky používané při taneční terapii pro pacienty s demencí by měly být jednoduché, něžné a snadno napodobitelné. Cílem je motivovat klienta k vlastnímu chtěnému pohybu a k budování důvěry – tomu pomůže dobře zvolená hudba, vytvoření příjemné atmosféry, poskytování pozitivní zpětné vazby. Jedinci postupně získávají důvěru v sebe a projevují zájem o své okolí. Ideální je zvolit aktivitu v kruhu, protože tak vytváříme větší pocit bezpečí a umožňujeme klientům sledovat se vzájemně (Vašiová, 2011, s. 37-38).

Jak bylo zmíněno výše, u taneční terapie nejsou prostředky verbální komunikace potřebné a pohyb zde nahrazuje slova – znamená to, že pohyb a slova jsou v tomto případě rovnocenné. Tanec se tak stává prostředkem, díky kterému mohou klienti s mentální retardací vyjádřit své pocity, emoce a také to, jak vnímají sami sebe a svoje okolí zahrnující vztahy s přáteli, rodinou nebo milostné vztahy. Rytmus představuje klíčový prvek v taneční terapii. Poslech hudby může vést k tomu, že posluchač začne provádět pohyby odpovídající charakteru metricko-rytmické struktury hudby zahrnující vnější projevy (vytřukávání rytmu prsty) a vnitřní projevy (změna v rychlosti dýchání). Využitím rytmických cvičení na hudbu nebo doprovod hudebními nástroji lze u jedinců s mentální retardací podporovat vnímání a správnou reprodukci rytmu (Mrzenová, 2010, s. 26-27).

## 7 Kvalitativní sonda u dětských i dospělých jedinců, kteří se pravidelně věnují taneční aktivitě

Cílem této kapitoly bude zmapovat pozitivní působení aktivního provozování tance na lidskou psychiku. V rámci šetření bude zkoumáno, zda jedinci, kteří aktivně provozují tanec, vnímají jeho pozitivní dopady na psychiku. Dále bude zjišťováno, jakým procesem tanec psychiku ovlivňuje, a jaké faktory se na pozitivním dopadu tance u aktivních tanečníků na psychiku spolupodílejí.

### 7.1 Cíle a design výzkumného šetření

Jako praktickou část v mé bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Je obecně známo, že náhled na kvalitativní a kvantitativní výzkum se s postupem času mění. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 13) bylo dříve nahlíženo na obě metody jako na soupeřící přístupy. S následným vývojem v sociálních vědách bylo ale od tohoto náhledu opuštěno a jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkumy jsou chápány jako odlišné strategie, nikoli konkurenční. Naopak v současné době se usiluje o kombinaci obou přístupů za účelem jejich optimalizace a využití silných stránek jednotlivých metod. Definovat obecně kvalitativní výzkum je poměrně složité. Například Miovský (2006, s. 17) charakterizuje kvalitativní přístup v psychologických vědách jako *„přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“*. Ovšem dále také podotýká, že tato definice je příliš obecná a tím pádem nedostačující. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 13) uvádějí, že existuje mnoho definic, přičemž každá se zaměřuje na rozdílný znak kvalitativního výzkumu jako základní odlišující hledisko. Proto postupně zmiňují různé definice, kdy každá staví na jiném odlišujícím znaku. Může to být např. definice podle použité metody sběru dat, podle použité metody usuzování, podle typu dat nebo podle způsobu analýzy. Závěrem ale také vyvozují obecnou definici kvalitativního přístupu, která zní: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“* (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 17).

## 7.2 Použité výzkumné metody

Kvalitativní výzkum této bakalářské práce je postaven na rozhovorech, u kterých se dostalo od otevřeného kódování, přes axiální kódování až k selektivnímu kódování. Všechny zmíněné metody a postupy budou představeny v následujících podkapitolách. Výzkumník byl sám zdrojem dat.

- Metody sběru dat

Interview neboli rozhovor (chápáno ve smyslu výzkumné metody, nikoli jako běžná mezilidská komunikace) je „*moderovaný rozhovor prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie*“ (Miovský, 2006, s. 156). Řadí se mezi nejsložitější (protože je nutné zaměřit se i na extrospektivní a introspektivní pozorování), ale nejvýhodnější metodu kvalitativního výzkumu. Je zároveň nejčastěji využívanou metodou. Švaříček (2007, s. 159) zmiňuje pojem „hloubkový rozhovor“, který je používán právě pro rozhovor v kvalitativním výzkumu. Tento pojem definuje jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otázek*“ (Švaříček, 2007, s. 159). Cílem hloubkového rozhovoru je získat podrobný popis prožívaného světa respondentů s ohledem na jejich vlastní výklad obsahu popisovaných jevů (Kvale, 1996, s. 5-6 in Švaříček a Šedřová, 2007, s. 159). Pomocí hloubkového interview se tedy snažíme získat nejen kontextuální pochopení chování a jednání respondentů, ale také hlubší vhled do prožívání jednotlivců v rámci zkoumaného jevu. Rozhovor nám také umožňuje zachytit slova a výroky v autentické podobě, což představuje jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu.

Dle Miovského (2006, s. 157) můžeme interview rozdělit do tří skupin podle míry strukturace na nestrukturované, polostrukturované (semistrukturované) a strukturované. Nestrukturované interview je nejvíce podobné klasickému mezilidskému dialogu. Není předem stanovený plán rozhovoru, pouze hlavní téma a důraz je kladen především na přirozenost. Specifickým typem nestrukturovaného rozhovoru je tzv. narativní interview, u kterého se snažíme podněcovat respondenta k vlastnímu vyprávění – „*může být založeno jen na jediné předem připravené otázce a dále se badatel dotazuje na základě informací poskytnutých zkoumaným účastníkem*“ (Švaříček, 2007, s. 160). Polostrukturované (semistrukturované) je nejvíce využívaným typem. U tohoto typu má tazatel připravené tzv. jádro interview, které představuje určité schéma složené z okruhů otázek, které je pro badatele závazné. U semistrukturovaného interview je tak možné měnit pořadí otázek či

strategii dotazování tak, abychom z rozhovoru vytěžili maximum. Posledním typem je plně strukturovaný rozhovor, který stojí na pomezí kvantitativního výzkumu. Tato metoda má stanovený pevný postup, který je povinný pro dotazujícího a realizovat příliš velké přeměny nebo úpravy není možno (Miovský, 2006, s. 162). Obecně tedy lze říci, že při použití strukturovaných rozhovorů dochází k vyšší stejnorodosti odpovědí a reakcí, neboť jsou účastníci limitováni předem stanovenou strukturou či šablonou, které se musí přizpůsobit. Hlavní nevýhodou tohoto typu interview je omezený prostor pro tazatele. Například k prozkoumání relevantních témat, které vyplynuly až z průběhu samotného rozhovoru.

Rozhovor lze rozlišit do několika fází, ale spíše jen z didaktických důvodů. Může to být například příprava interview, samotný průběh, následně transkripce neboli přepis, dále analýza získaných dat (skrže kódování) a na konec prezence výzkumné zprávy. Miovský (2006, s. 163) ještě dodává, že z praktického i teoretického hlediska není podstatný počet fází, ale především singulární úkony a činnosti tazatele, které tyto fáze zahrnují.

- Metody práce s daty

Šeďová (2007, s. 92) popisuje „kódování“ jako „*proceduru, která umožňuje z množství dat „vytáhnout“ proměnné, které se stanou základem budoucí teorie*“. Miovský (2006, s. 228) pojem „kódování“ vysvětluje jako „*operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby, což je ústředním procesem tvorby nové teorie*“. Rozlišujeme několik typů kódování a jelikož hranice mezi nimi jsou spíše didaktickou záležitostí, v praxi se tak často stává, že kombinujeme více typů najednou nebo přecházíme z jednoho typu do druhého tam a zpět a to i opakovaně (Miovský, 2006, s. 228). Pojem konceptualizace údajů Miovský vysvětluje jako proces přechodu od popisu k hledání skrytého významu jevu. Tím se snažíme získat hlubší porozumění popisovaného jevu a to pomocí vytváření základní interpretace dat. První fází procesu kódování je tzv. otevřené kódování, které spočívá především v kategorizaci získaných dat. To znamená, že seskupíme významové jednotky (složené z pojmů) podle jejich podobnosti a vytvoříme samostatný odlišitelný celek – vzniklé kategorie jsou pouze provizorní.

Axiální kódování je metodou, která znovu organizuje data po otevřeném kódování prostřednictvím vytváření spojení (vazeb) mezi různými kategoriemi (Miovský, 2006, s. 229). Tento proces se nese v duchu kódovacího schématu (viz kapitola **Výstupy axiálního kódování**), ve kterém *jev* představuje ústřední myšlenku, *příčina jevu* je proces vedoucí k výskytu jevu, *intervenující proměnná* je podmínka související se strategií jednání

v určitém kontextu, *strategie jednání* představuje reakci na jev a *následky/důsledky* jsou výsledkem samotného jednání. Jak již bylo zmíněno, otevřené kódování se zaměřuje na rozlišování významových jednotek a vytváření základních kategorií. Ale axiální kódování se pokouší nacházet nové vztahy a vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi. „*Uvádění subkategorií do vztahu s kategoriemi se děje prostřednictvím kladení různých typů otázek zacílených na zjišťování kvalitativních a kvantitativních znaků (vlastností) tohoto vztahu. Zjištěné znaky (vlastnosti) vztahů formulujeme prostřednictvím výroků*“ (Mioviský, 2006, s. 230). Pro usnadnění a větší přehlednost se doporučuje využívat různě komplikované diagramy.

Selektivní kódování je další důležitou fází v procesu analýzy kvalitativních dat. U selektivního kódování je základem vybrat tzv. centrální kategorii. „*Centrální kategorie je jev, kolem kterého se integrují všechny ostatní kategorie. Proces této integrace se příliš neliší od principů axiálního kódování. Hlavní rozdíl spočívá spíše ve vyšší míře abstrakce*“, uvádí Mioviský (2006, s. 230). Selektivní kódování je dle Mioviského (2006, s. 230) proces, během kterého se zaměřujeme na centrální kategorii a následně zkoumáme, jak se tato kategorie vzájemně ovlivňuje s ostatními identifikovanými kategoriemi. Pokud je to potřeba, pokračujeme v rozvíjení těchto vztahů a dále zdokonalujeme jejich popis a vysvětlení (Mioviský, 2006, s. 230). Jak tedy vyplývá z výše uvedeného, cílem selektivního kódování je získat komplexní porozumění dat a vytvořit teoretický rámec, který vysvětlí podstatu a vztahy mezi vybranými kategoriemi.

### 7.3 Výstupy otevřeného kódování

Na základě otevřeného kódování bylo vygenerováno celkem deset významových kategorií a lze je zobrazit pomocí deseti diagramů .

- Pocity a nálady při nebo po tanci - Diagram č. 1

Respondentky uvádějí širokou škálu svých pocitů a nálad při tanci nebo po tanci. Tyto pocity a nálady byly kladné, ale i záporné. Mezi pozitivními se objevovaly odpovědi jako např.: „*Při tanci se cítím skvěle, naplněná samými dobrými pocity, uvolněná, nabuzená. Mám dobrou náladu. Cítím volnost své osobnosti, jsem plná energie, cítím radost. Při tanci se cítím přítomná – teď a tady, soustředěná, sebevědomá. Cítím odpočinek své duše. Po tanci se cítím příjemně unavená. Po tanci se cítím rozprouděná.*“

Tanec je tedy vnímán jako zdroj pozitivních emocí, které respondentkám přinášejí pocit



naplnění a přítomnosti. Ovšem jak vidíme, odpovědi jsou různorodé. Pro některé respondentky je tanec příležitostí k vybití energie, zatímco pro jiné je to zdroj nového elánu a pocitu rozproudění. Některé respondentky zmiňují uvolněnost či odpočinek své duše, jiné zase popisují, že jsou nabuzené či soustředěné. Jak jsem již zmínila, v rozhovorech respondentky popisují i negativní pocity či nálady, které mají spojené s tancem. Např.: „*Při tanci cítím napětí, bolest, vyčerpané svaly, stres, mírnou frustraci. Při tanci se občas cítím špatně, ne tak radostně, cítím lehké zklamání. Jsem našťvaná, že mi to nejde. Občas si připadám, že nejsem dostatečně dobrá, cítím fyzickou únavu.*“ Tyto negativní pocity a nálady se pojí s tím „že jim tanec nejde“ a tak to dle mého názoru přímo nesouvisí s tancem jako takovým, př.: „*Moje pocity závisí na tom, jestli mi to jde nebo nejde.*“ Jak zmiňuje jedna z dotazovaných: „*Přeci jenom bych se tomu v opačném případě asi nevěnovala, kdybych cítila spíše negativní pocity.*“ Celkově tedy lze říci, že tanec může vyvolávat různorodé emocionální reakce. Zatímco pro některé je zdrojem pozitivních pocitů a naplnění, pro jiné může být zdrojem stresu a frustrace, zejména pokud mají pocit nedostatečnosti.

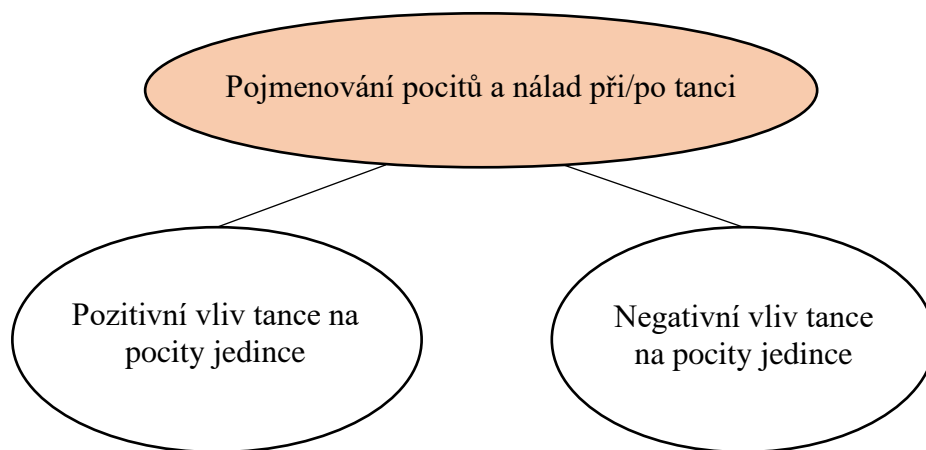


Diagram č. 1

Zdroj: Vlastní zpracování

- Obecný postoj k tanci - Diagram č. 2

Respondentky ve svých rozhovorech vyjádřují svůj obecný postoj k tanci – vyjadřovaly zájem, např.: „*Tanec mě několik let baví, naplňuje mě, líbí se mi, baví mě ta kreativita, mám ho moc ráda.*“ Pro některé z nich je tanec nejen zábavou, ale také důležitou součástí jejich hodnotového systému a života obecně, př.: „*Tanec je pro mě důležitý, je pro mě oporou. Je to pro mě srdcovka, relax.*“ Respondentky také zdůrazňují pozitivní vztah k týmové spolupráci. Tento aspekt je pro ně důležitý a přispívá k pozitivnímu vnímání tance. Nicméně, ne všechny odpovědi byly pozitivní. Vyskytly se i odpovědi jako například: „*Občas mě to nebaví.*“ Tato odpověď ukazuje, že i přes obecně pozitivní postoj mohou existovat časy, kdy pro respondentky tanec není tak přitažlivý nebo uspokojující.

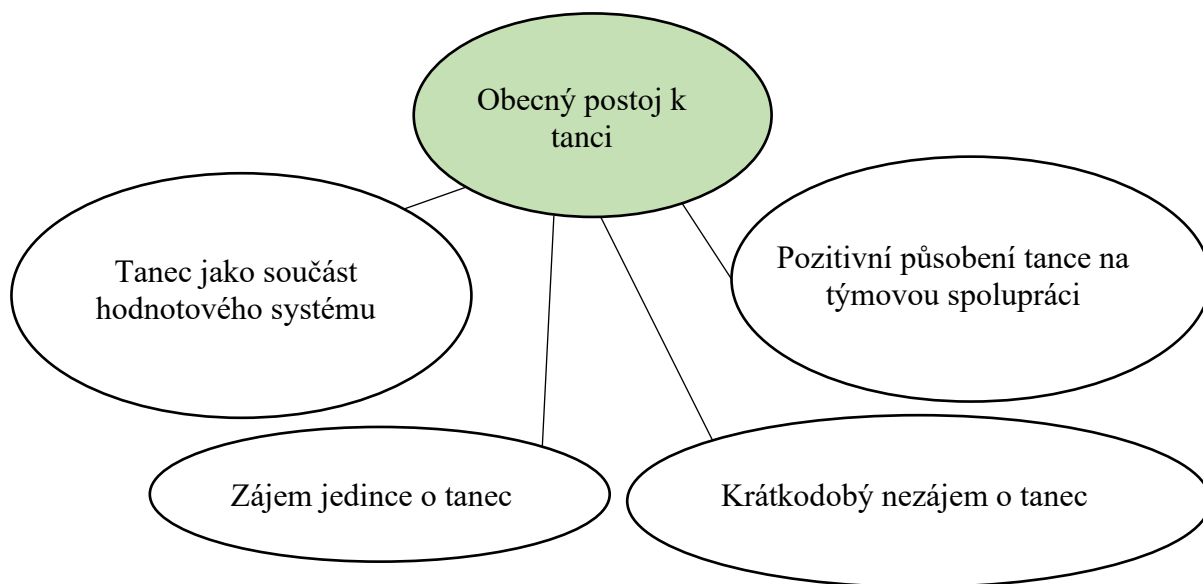


Diagram č. 2

Zdroj: Vlastní zpracování

- Charakteristiky tance - Diagram č. 3

Z výpovědí dotazovaných také vyplývají charakteristiky tance z pohledu samotných tanečníků, př.: „*Tanec je náročný, je to dřina. Mám ráda že je neměřitelný, že nemá striktní pravidla. Je originální, líbí se mi, že každý tanec interpretuje jinak.*“

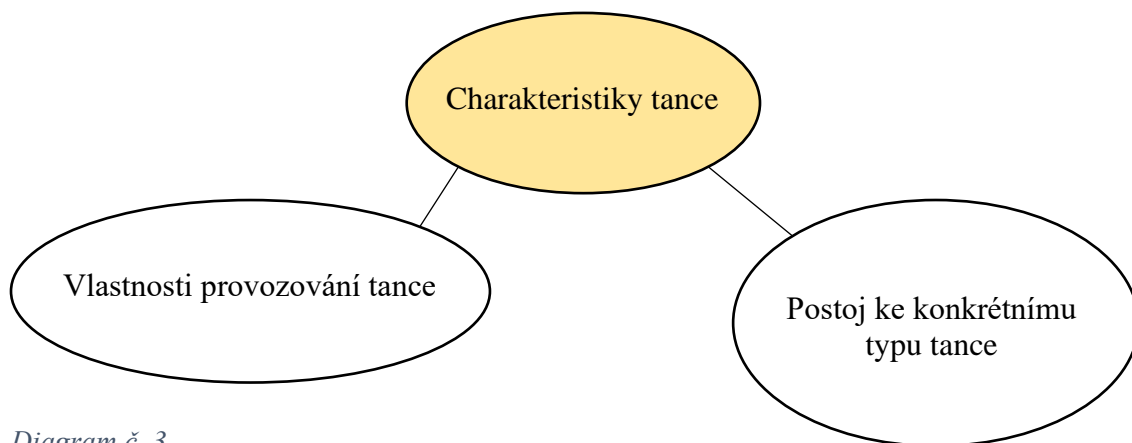


Diagram č. 3

Zdroj: Vlastní zpracování

- Charakteristiky taneční komunity - Diagram č. 4

Respondentky také zmiňují a kladně charakterizují taneční komunitu, ve které se pohybují, např.: „*Baví mě ta komunita. Taneční komunita je přející, láskyplná, podporující, motivační a prostě skvělá.*“ Taneční komunita je pro ně místem, kde nacházejí radost a podporu od ostatních tanečníků.

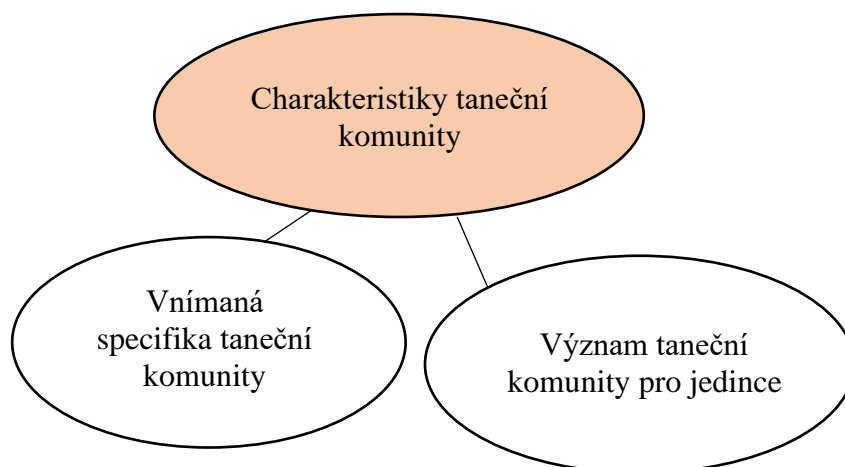


Diagram č. 4

Zdroj: Vlastní zpracování

- Obecný terapeutický vliv tance - Diagram č. 5

Respondentky vyjadřují význam tance jako terapeutický potenciál s různými rozměry. Některé zdůrazňují obecný terapeutický vliv tance na jejich duševní stav, př.: „*Tanec je pro mě lékem na špatnou náladu. Je to forma terapie.*“ Dále také popisují význam tance jako konkrétní terapeutický postup, který jim umožňuje vyjádřit své pocity a myšlenky, např.: „*Tanec je pro mě forma vyjádření pocitů a myšlenek. Při tanci mohu zapomenout na všechno ostatní, co se děje kolem mě a být jenom tak v sále. Dokážu se uvolnit a vypnout hlavu od povinností, vypnout myšlenky. Můžu vyjádřit sebe samu a své vnitřní pocity. Můžu se odreagovat a vypadnout z denní rutiny.*“ Tanec je pro ně prostředkem, jak se vyrovnat se stresem a napětím a jak najít prostor pro vyjádření svého vnitřního já.

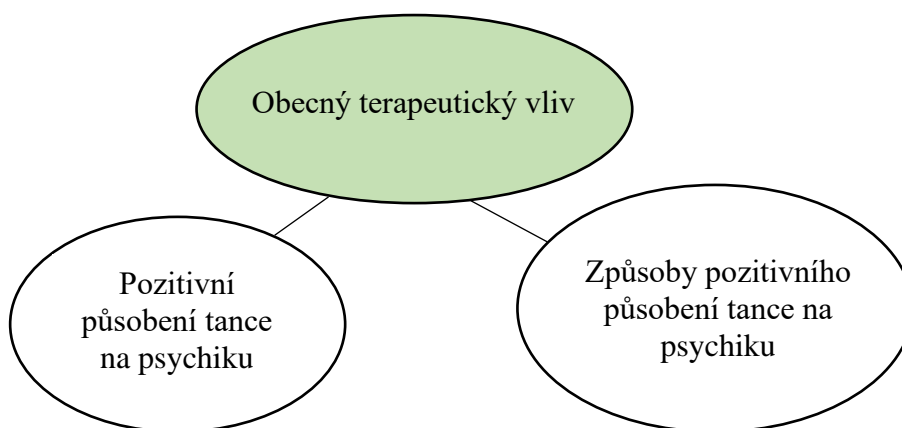


Diagram č. 5

Zdroj: Vlastní zpracování

- Rozvojový potenciál tance - Diagram č. 6

Tanec má pro dotazované i rozvojový potenciál pojící se přímo s rozvojem osobnosti, který ovlivňuje jak jejich psychické, tak fyzické zdraví. Zde jsou některé ukázky: „*Tanec mi pomáhá s psychickou stránkou (pomáhá mi lépe poznat samu sebe, poznat moje nové stránky) a s fyzickou stránkou mého těla. Díky tanci můžu nacházet a překonávat svoje hranice, můžu se učit a objevovat nové věci, mám díky němu disciplínu. Můžu rozvíjet své taneční a koordinační schopnosti, muzikalitu, můžu tvořit něco svého atd. Při tanci se mi rozvíjí kreativita, osobnost. Tanec mě učí disciplínu, trpělivost, zdravou soutěživost. Cítím, že se neustále posouvám.*“ Celkově lze tedy říci, že tanec pro ně představuje komplexní způsob rozvoje, který zahrnuje jak fyzické, tak mentální aspekty jejich života. Nicméně, není pravidlem, že se každý tanečník neustále rozvíjí během své taneční praxe. Existují i takové situace, kdy tanečníci zažívají fázi „vyhoření“ v rámci kterého se jim tanec přestává líbit a ztrácí motivaci. V těchto chvílích mohou mít pocit, že se neposouvají vpřed a že jejich osobnost stagnuje. Jedna z respondentek to popisuje slovy: „*Občas mám pocit, že se nerozvíjím, spíš opačně.*“ Z vlastní zkušenosti mohu říct, že mnoho tanečníků prochází fázemi, kdy hledají motivaci a cítí určitý stereotyp ve své taneční praxi. Tento pocit stagnace může být dočasný a většinou je spojen s krátkodobými výkyvy v motivaci a zájmu o tanec. Je důležité si uvědomit, že tato fáze není neobvyklá a že jí zažívá mnoho tanečníků.

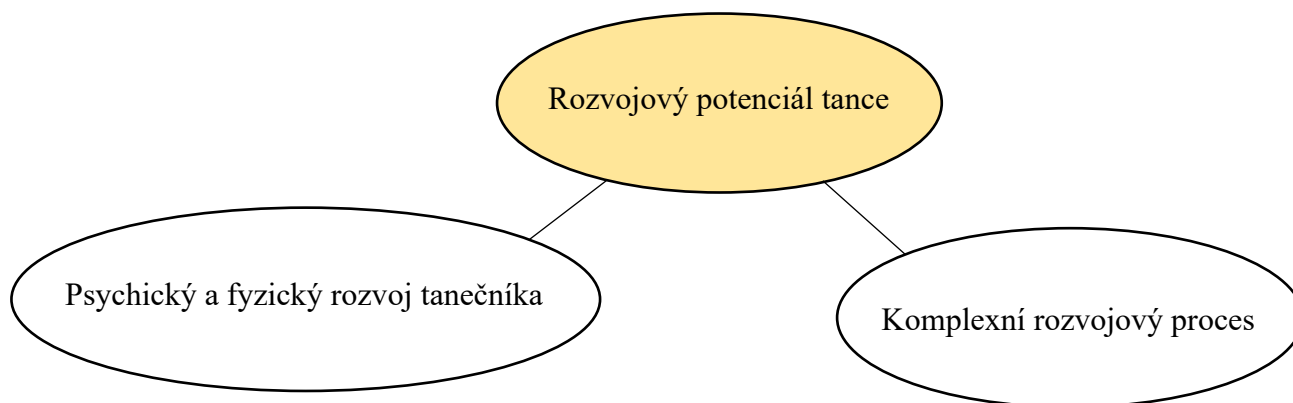


Diagram č. 6

Zdroj: Vlastní zpracování

- Sociálně-terapeutický rozměr tance - Diagram č. 7

Tanec popisují dotazované také v sociálně-terapeutickém rozměru, což naznačuje jeho význam pro jejich sociální interakci a duševní pohodu. Tanec pro ně není pouze individuální aktivitou, ale také prostředkem k budování vztahů a udržování týmového ducha, např.: „*Na tréninku se můžu svěřit kamarádkám. Tanec mi přivedl hodně lidí do života. Díky tancování můžu poznávat nové lidi. Tanec mi pomáhá udržovat týmového ducha a udržovat vztahy s dalšíma tanečnicami.*“ Tanec je především sociální záležitost – tancuje se v párech, v malých či velkých skupinách. Ovšem tanec jako takový lze brát i jako individuální záležitost. Respondentky jsou členkami taneční skupiny a je to pro ně důležitý aspekt, který jim přináší radost a spokojenost. Tanec ve skupině jim umožňuje sdílet své zážitky s ostatními tanečnicí, učit se od sebe navzájem a posilovat týmového ducha. Jejich pozitivní postoj k taneční skupině naznačuje, že tento sociální aspekt tance je pro ně velmi důležitý a příjemný.

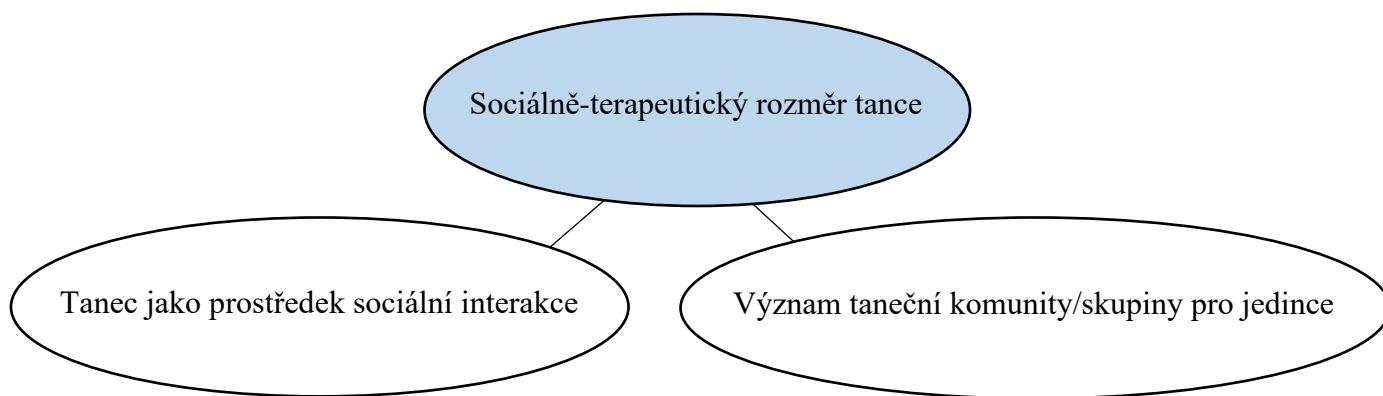


Diagram č. 7

Zdroj: Vlastní zpracování

- Organizace času tanečníků - Diagram č. 8

Na téma organizace času tanečníků se respondentky vyjadřují rozporuplně. Na jednu stranu uvádějí, že kvůli častým tréninkům a účastem na tanečních akcích mají méně času, př.: *„Mám kvůli tancování plné víkendy. Mám kvůli častým tréninkům mnohem méně času. Schází mi odpočinek atd...“* Na druhou stranu, jiné respondentky vnímají svůj tanec jako neocenitelnou součást svého života, která jim přináší radost a naplnění. Pro ně je tanec prioritou a jsou ochotné obětovat svůj čas a energii pro tréninky a taneční akce, př.: *„Jsem schopná obětovat můj čas a víkendy tancování. Bez tancování si nedovedu představit, co bych dělala, protože tancování pro mě opravdu vším. Vlastně jsem ráda že tréninků máme dost, já si to bez nich asi nedokážu představit.“*

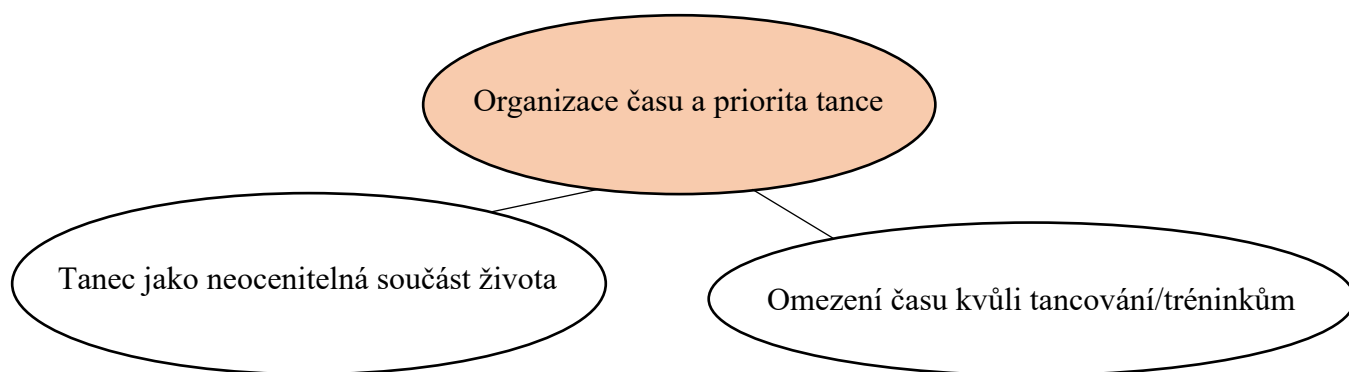


Diagram č. 8

Zdroj: Vlastní zpracování

- Aktivity a kompenzace života bez tance - Diagram č. 9

Na organizaci času tanečníků také navazuje další otázka, na kterou se respondentek v rámci výzkumu ptám. Tato otázka se týkala aktivit a kompenzace života bez tance. Mezi odpověďmi se vyskytuje alternativní fyzická činnost, např.: „*Věnovala bych se fitness, trávila bych více času v posilovně. Trénovala bych box. Věnovala bych se svému koni.*“ Dále se také objevují odpovědi týkající se pasivního odpočinku či sociálních rolí, cituji: „*Měla bych více času na odpočinek. Byla bych více doma se svou rodinou, trávila s mými nejbližšími více času. Jezdila bych více někam s rodinou, cestovala bych. Chodila bych více do práce.*“



Diagram č. 9

Zdroj: Vlastní zpracování



- Životospráva tanečníků - Diagram č. 10

Tanec má dopad i na životosprávu tanečníků, zejména co se týče spánkových návyků. Odpovědi se liší v závislosti na náročnosti tréninku a individuálních preferencích tanečnic. Zmiňují např.: „*Můj spánek se odvíjí od toho, jak moc byl trénink náročný a kdy proběhl.*“ Dále se zde vyskytují odpovědi, které jsou v rozporu, např.: „*Po tréninku ihned vlez do postele a spím. Jsem schopná usnout ihned. Spí se mi lépe, spánek je kvalitnější. Usíná se mi rychleji...*“ a naopak: „*Trvá mi dlouho než se po tancování uklidním a zvládnou usnout. Spí se mi hodně polámaně. Potřebuji dvakrát tolik spánku než normálně. Spí se mi špatně, nemůžu usnout atd.*“ Celkově tedy lze konstatovat, že spánek tanečníků je ovlivněn různými faktory, včetně náročnosti tréninků a individuálních preferencí. Pro některé tanečnice má tanec pozitivní vliv na kvalitu spánku, zatímco pro jiné může být zdrojem obtíží s usínáním a odpočinkem.



Diagram č. 10

Zdroj: Vlastní zpracování

## 7.4 Výstupy axiálního kódování

- A) Provozování tance vyvolává obecné terapeutické účinky, které jsou podmíněny charakteristikami samotného tance. Rozmanité způsoby pozitivního působení tance na psychiku vedou k pozitivnímu vlivu tance na psychiku.
- B) Provozování tance také vede k pozitivnímu vlivu na pocity jedince, což je determinováno typem tance, který jedinec provozuje. Díky této interakci je výsledkem zvýšená motivace a duševní pohoda.
- C) Sociálně-terapeutický potenciál tance, jehož příčinou je význam taneční komunity pro jedince, který je závislý na charakteristikách taneční komunity, ovlivňuje vnímaná specifika taneční komunity daným jedincem a výsledkem je tanec jako prostředek sociální interakce.
- D) Význam taneční komunity pro jednotlivce, odvozený z jejích specifických charakteristik, přináší sociálně-terapeutické účinky tance na jedince.
- E) Pravidelné provozování tance podporuje rozvoj tanečnicka, což se projevuje jak na jeho psychickém, tak fyzickém zdraví.
- F) Po přiměřeně náročném tréninku v dopoledních nebo odpoledních hodinách má tanec příznivý dopad na spánkové návyky a zlepšuje kvalitu spánku.
- G) Naopak, intenzivní trénink ve večerních hodinách negativně ovlivňuje spánkové návyky, způsobuje obtíže s usínáním a vyžaduje delší dobu spánku.
- H) Variabilita spánkových návyků je závislá na časování, náročnosti a intenzitě tanečního tréninku, což může vést k nepravidelnému spánkovému režimu, který není zdravý pro psychiku jedince.
- I) Provozování tance, které je zapříčiněno vnímáním tance jako základní potřeby, podmíněno prioritou tance, v konečném důsledku vede k omezení času jednotlivce.
- J) Nicméně pokud jedinec bere tanec jako neocenitelnou součást života, je s tancem emocionálně propojen a je mu oddán, vede to k větší spokojenosti a radosti.

- K) Alternativní fyzickou činností, která je vyvolána potřebou kompenzace nedostatku tance je konkrétní sport vybraný jedincem, který vede k udržování fyzické kondice tanečníka.
- L) Zvýšená míra stresu a tlaku či snížení mezilidských vztahů je důsledkem omezení času zapříčiněné frekvencí tanečních akcí a tréninků.
- M) Provozování tance také neodmyslitelně souvisí se zájmem jednotlivce o tanec. To je samozřejmě ovlivněno určitou osobní motivací, která se projevuje ve zvýšené angažovanosti a zapojení v rámci tance. To vše vede k rozvoji tanečních dovedností.
- N) Jedinci věnující se pravidelné taneční aktivitě, mají čas od času moment dočasného nezájmu o tanec. Příčinou může být únava nebo stres. V tuhle chvíli je podmínkou potřeba odpočinku a poté následuje obnova motivace a zájmu jedince o tanec.
- O) Tanečníci mají tanec uložený v jejich hodnotovém systému, kdy předpokladem je vnitřní postoj k tanci a proto se věnují taneční aktivitě, která má tím pádem pozitivní vliv na jejich psychickou pohodu.

Tabulka č. 1

<b>JEV</b>	<b>PŘÍČINA JEVU</b>	<b>INTERVENUJÍCÍ PROMĚNNÁ</b>	<b>STRATEGIE JEDNÁNÍ</b>	<b>NÁSLEDKY, DŮSLEDKY</b>
A) Obecné terapeutické působení	Provozování tance	Charakteristiky tance	Způsoby pozitivního působení tance na psychiku	Pozitivní působení tance na psychiku
B) Pozitivní vliv tance na pocity jedince	Provozování tance	Typ provozovaný jedincem	x	Zvýšená motivace, duševní pohoda
C) Sociálně-terapeutický potenciál tance	Význam taneční komunity pro jedince	Charakteristiky taneční komunity	Vnímaná specifika taneční komunity	Tanec jako prostředek sociální interakce
D) Význam taneční komunity pro jedince	Vnímaná specifika taneční komunity	x	x	Sociálně-terapeutické působení tance
E) Rozvojový potenciál tance	x	Provozování tance	x	Psychický a fyzický rozvoj tanečníka
F) Pozitivní vliv tance na spánkové návyky	x	x	Přiměřeně náročný trénink v dopoledních nebo odpoledních hodinách	Lepší, kvalitnější spánek
G) Negativní vliv tance na spánkové návyky	x	x	Hodně náročný trénink ve večerních hodinách	Zhoršené usínání, potřeba delšího spánku
H) Variabilita spánkových návyků	x	Intenzita, náročnost tréninků a čas konání	x	Nepravidelný spánkový režim
I) Provozování tance	Tanec jako základní potřeba	Priorita tance	x	Méně volného času

JEV	PŘÍČINA JEVU	INTERVENUJÍCÍ PROMĚNNÁ	STRATEGIE JEDNÁNÍ	NÁSLEDKY, DŮSLEDKY
J) Tanec jako neocenitelná součást života	Emocionální propojení s tancem	x	Oddanost tanci	Větší spokojenost, radost
K) Alternativní fyzická činnost	Kompenzace nedostatku tance	x	Vybraný sport	Udržování fyzické kondice
L) Omezení času kvůli tancování	Frekvence tanečních tréninků/akcí	x	x	Zvýšená míra stresu a tlaku, snížení mezilidských vztahů
M) Zájem jedince o tanec	Provozování tance	Osobní motivace a zájmy	Zvýšená angažovanost a zapojení	Rozvoj tanečních dovedností
N) Dočasný nezájem jedince o tanec	Únava, stres či jiné příčiny	Potřeba odpočinku	Odpočinek	Obnova motivace a zájmu jedince o tanec
O) Tanec jako součást hodnotového systému	x	Vnitřní postoj k tanci	Provozování tance	Psychická pohoda jedince

*Zdroj: Vlastní zpracování*

## 7.5 Výstupy selektivního kódování

Diagram č. 11 v rámci selektivního kódování popisuje vzájemné vztahy mezi centrální kategorií „provozování tance“ a jejími subkategoriemi, které jsou značené kolem. Provozování tance ovlivňuje dvě hlavní oblasti a to „charakteristiky tance“ a „typ tance provozovaný jedincem“. Typ tance provozovaný jedincem má pak vliv na motivaci tanečníka, která se tímto zvyšuje a tím pádem pozitivně působí na jeho duševní pohodu. Šipky mezi těmito subkategoriemi a kategorií „provozování tance“ nám ukazují, že provozování tance má vliv na jeho charakteristiky nebo na typ tance provozovaný jedincem. Naopak šipky směřující od subkategorií k centrální kategorii „provozování tance“ naznačují, že tyto faktory ovlivňují samotné provozování tance. Například vnitřní postoj k tanci či zájem jedince o tanec formuje provozování tance. Obousměrné šipky mezi kategorií

„provozování tance“ a subkategoriemi „pozitivní působení tance na psychiku“ a „rozvojový potenciál tance“ dokazují, že provozování tance může mít vliv na psychiku jedince a jeho rozvoj, ale stejně tak se to vzájemně ovlivňuje i naopak. Př. Provozování tance může být ovlivněno rozvojem tanečních schopností tanečnicka. Tento diagram ukazuje složitý vztah mezi provozováním tance a různými faktory, které ho ovlivňují nebo jsou ovlivňovány jeho prováděním. Také nám ukazuje vzájemné interakce mezi těmito faktory.

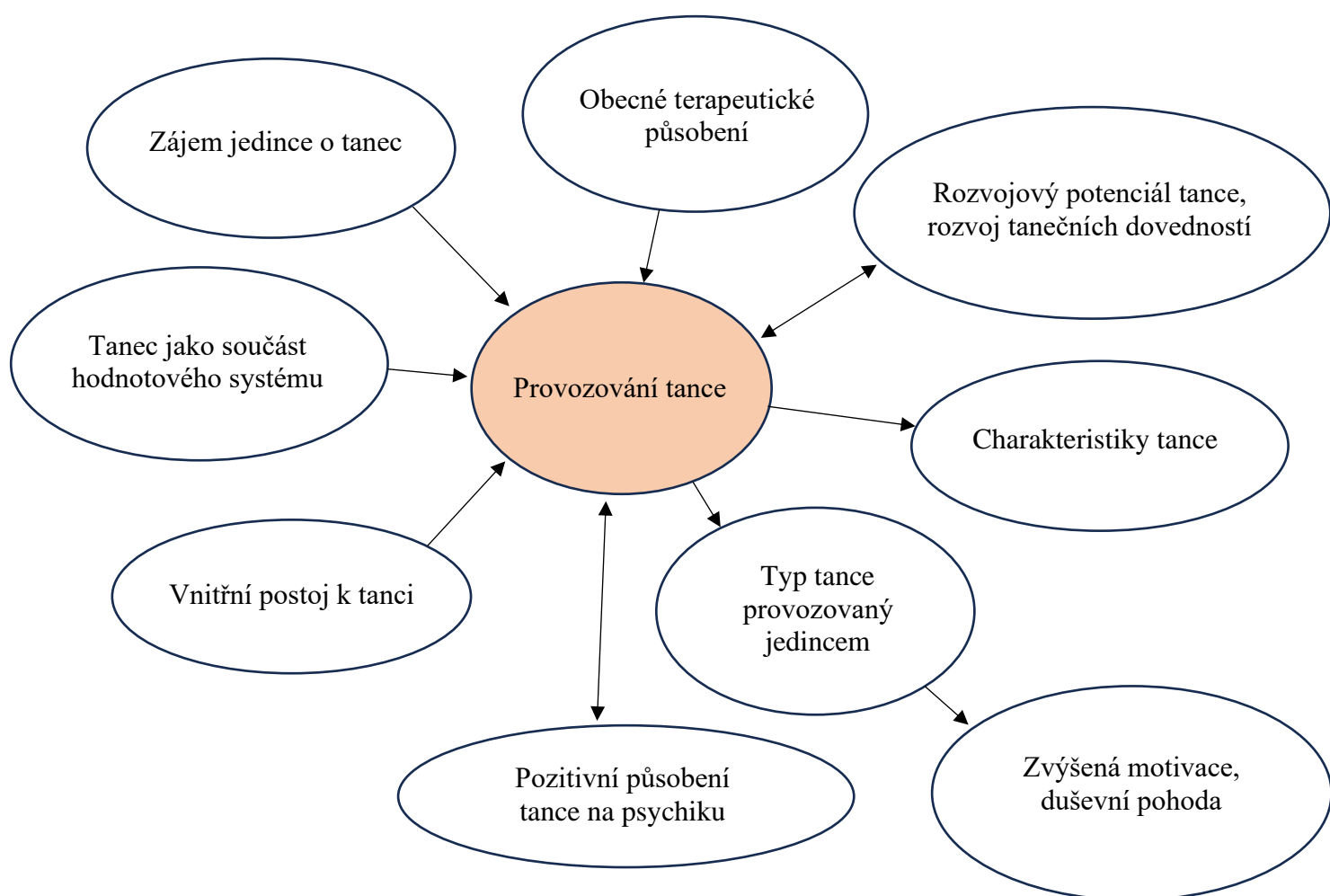


Diagram č. 11

Zdroj: Vlastní zpracování

Diagram č. 12, kde je centrální kategorií „pozitivní působení tance na psychiku“ nám ukazuje vztah mezi touto kategorií a různými faktory, které mohou tuto interakci ovlivňovat, být ovlivňovány nebo se ovlivňovat vzájemně. Oboustranná šipka mezi centrální kategorií a „provazování tance“ nám zdůrazňuje, že provazování tance může být jak motivováno pozitivním dopadem tance na psychiku, tak může samo o sobě pozitivně působit na psychiku jedince. Šipky směřující od centrální kategorie k subkategoriím nám ukazují, že pozitivní dopad tance na psychiku má vliv na to, jaký typ tance jedinec provazuje a také na jeho motivaci a duševní pohodu. Šipky, které směřují směrem k centrální kategorii od subkategorií poukazují na fakt, že tyto faktory, jako např.: emocionální propojení s tancem, charakteristiky tance, oddanost tanci, zapříčiňují pozitivní působení tance na psychiku jedince.

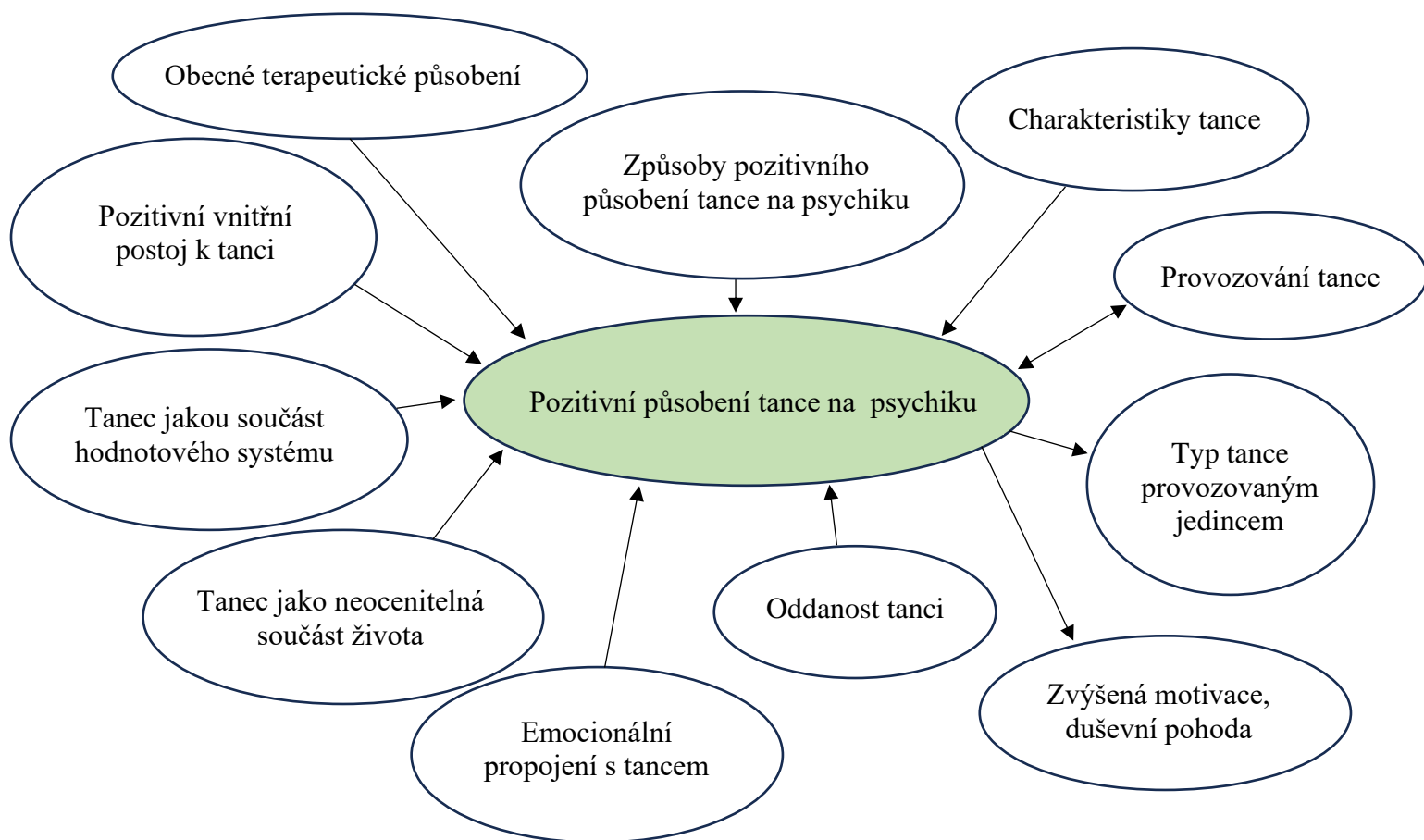


Diagram č. 12

Zdroj: Vlastní zpracování

Diagram č. 13. Je uvedena centrální kategorie „obecný terapeutický vliv“ a z této kategorie směřují šipky ke čtyřem subkategoriím. To znamená, že obecný terapeutický vliv tance zapříčiňuje pozitivní působení tance na psychiku – respondentky uváděly, že mají díky tanci lepší náladu. S tímto se pojí i další vztah, kdy obecný terapeutický vliv tance má dopad i na samotné způsoby, jak tanec pozitivně působí na psychiku. Obecný terapeutický vliv také působí na samotné provozování tance a jeho charakteristiky.

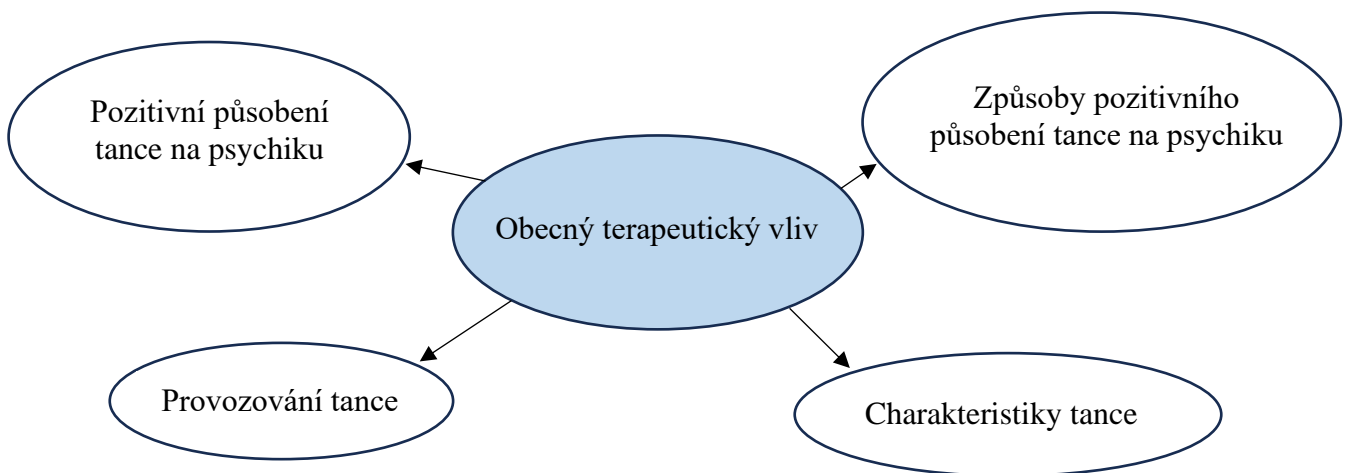


Diagram č. 13

Zdroj: Vlastní zpracování

Diagram č. 14 je založen na centrální kategorii „psychický a fyzický rozvoj tanečnicka“. Z diagramu je patrná jedna šipka směřující od této centrální kategorie ke komplexnímu rozvojovému procesu. To znamená, že tanečnickův psychický a fyzický rozvoj ovlivňuje následný komplexní rozvojový proces – neboli to, jak se tanečník rozvíjí komplexně jako osobnost a nejen v rámci tanečních schopností a dovedností. Zbytek šipek směřuje od subkategorií k centrální kategorii a to ukazuje, že tyto subkategorie mají vliv a dopad na psychický a fyzický rozvoj tanečnicka. Například aktivní účast a zapojení do tanečních akcí či samotné provozování tance přispívá k psychickému a fyzickému rozvoji tanečnicka. Dále také osobní motivace a zájem jedince o tanec hrají klíčovou roli a pomáhají v rozvoji tanečnicka. Tanec jako takový má potenciál rozvíjet tanečnicka a to jak psychicky,



tak fyzicky, např. zkoumání nových tanečních stylů (rozvojový potenciál tance) může ovlivňovat a rozšiřovat fyzický rozvoj tanečníka (centrální kategorii).

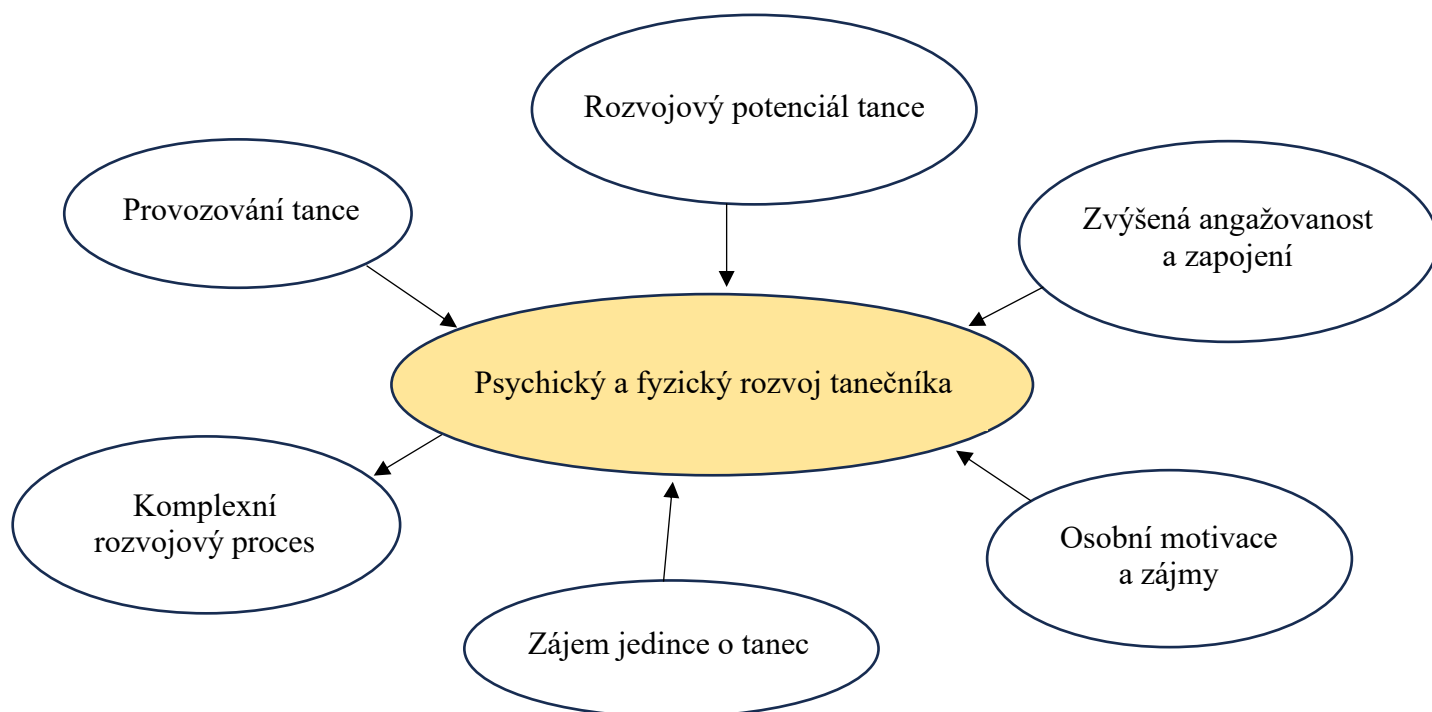
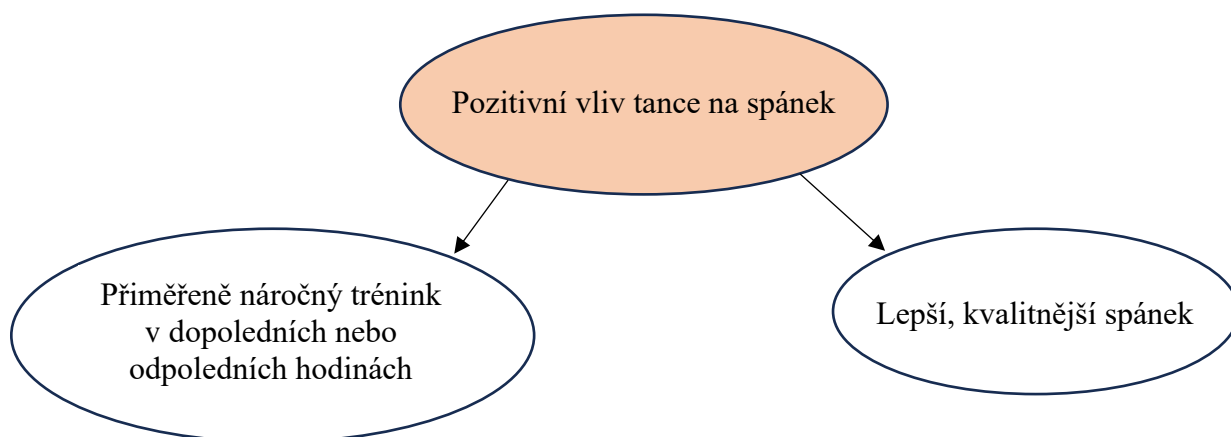


Diagram č. 14

Zdroj: Vlastní zpracování

Diagram č. 15. U toho diagramu lze vidět dvě subkategorie, které jsou ovlivňovány centrální kategorií „pozitivní vliv tance na spánek“. Znamená to tedy, že taneční trénink, který je dostatečně náročný a prováděný v dopoledních nebo odpoledních hodinách, pozitivně ovlivňuje spánek jedince. To samozřejmě souvisí i s druhou subkategorií, která ukazuje, že taneční aktivita přispívá k lepšímu a kvalitnějšímu spánku. Tyto dva vztahy ukazují, že tanec hraje důležitou roli v podpoře zdravého spánku a celkové pohody jedince.



*Diagram č. 15*

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Diagram č. 16 naznačuje vztahy mezi „významem taneční komunity pro jedince“ a danými subkategoriemi. Je patrné, že význam taneční komunity pro jednotlivce může být reflektován v různých charakteristikách této komunity. Rovněž tento význam také ovlivňuje to, jak jedinec vnímá specifické aspekty taneční komunity. Význam taneční komunity též ovlivňuje to, že tanec slouží jako prostředek sociální interakce. Oboustranná šipka naznačuje vzájemný vztah mezi významem taneční komunity pro jedince a sociálně-terapeutickým potenciálem tance. Znamená to, že význam taneční komunity může ovlivňovat sociálně-terapeutický potenciál tance a zároveň tento potenciál ovlivňuje vnímání a význam taneční komunity pro jedince. Například podpora a sounáležitost v rámci taneční komunity může posílit sociálně-terapeutické účinky tance, zatímco sociálně-terapeutické zážitky z tance mohou posilovat vazby v taneční komunitě.

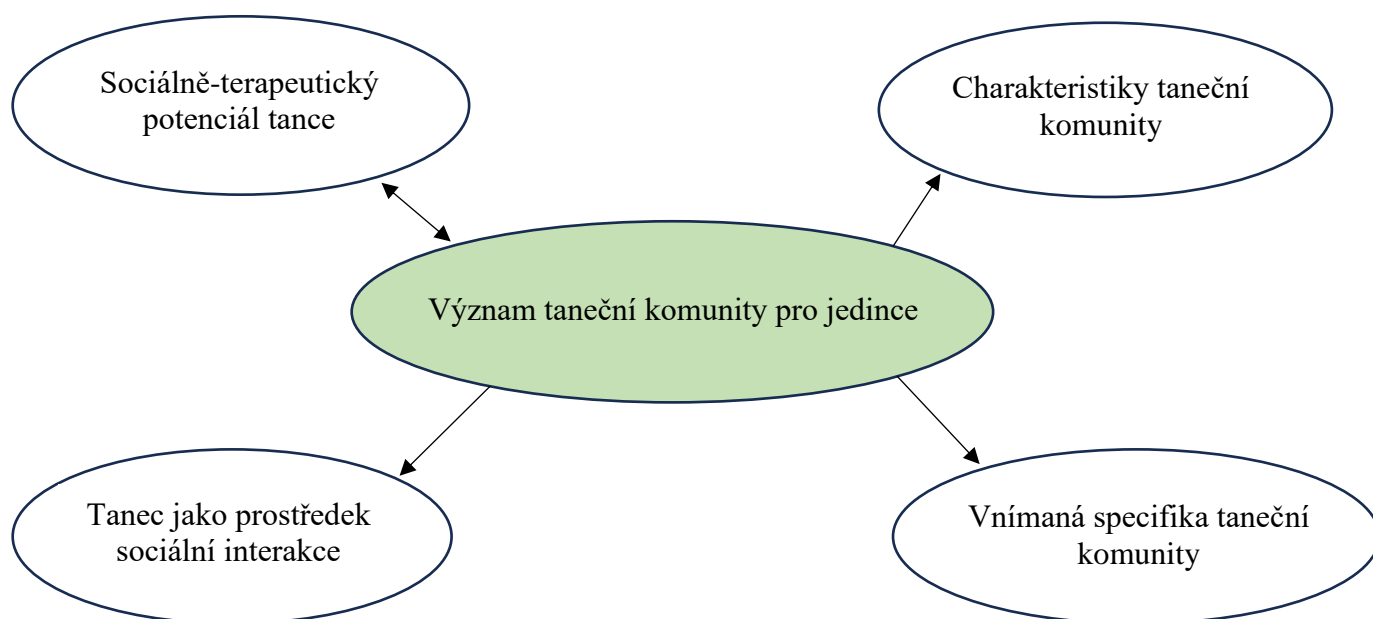


Diagram č. 16

Zdroj: Vlastní zpracování

Diagram č. 17. V pořadí sedmnáctý diagram má za centrální kategorii „tanec jako prostředek sociální interakce“. Subkategorie „charakteristiky taneční komunity“ je šipkou spojená s centrální kategorií – to znamená, že charakteristiky ovlivňují způsob, jakým tanec funguje jako prostředek sociální interakce. Například otevřená a přátelská atmosféra v taneční komunitě podporuje aktivní zapojení jedinců do sociálních interakcí během tance. Význam taneční komunity má vliv na to, jak jedinec vnímá tanec jako prostředek sociální interakce – pokud považuje taneční komunitu za podporující, pravděpodobně bude více motivován k účasti na sociálních aktivitách spojených s tancem. S tím se pojí i další subkategorie „význam taneční komunity pro jedince“, která zároveň ovlivňuje, jakým způsobem jedinec využívá tanec jako prostředek sociální interakce. Lze pozorovat opět i oboustrannou šipku tedy oboustranný vztah se subkategorií „sociálně-terapeutický potenciál tance“. To znamená, že tanec jako prostředek sociální interakce má sociálně-terapeutický potenciál a zároveň také ovlivňuje sociální interakci při nebo po tanci.

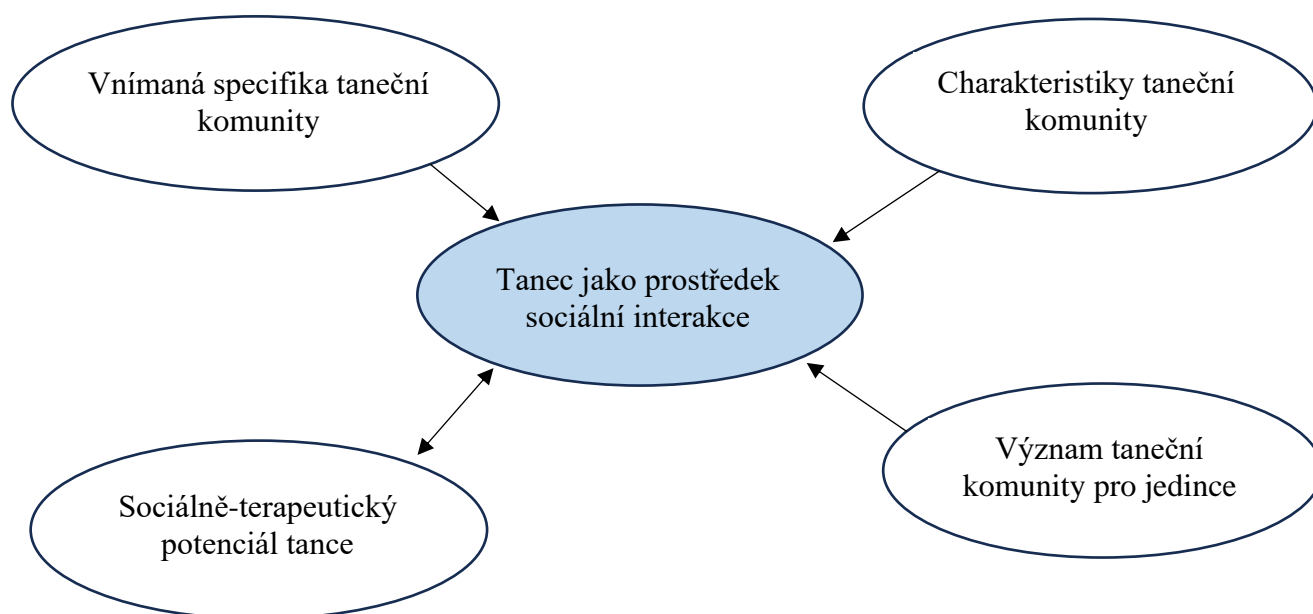


Diagram č. 17

Zdroj: Vlastní zpracování

Poslední Diagram č. 18 ukazuje vzájemné vztahy mezi centrální kategorií „tanec jako součást hodnotového systému“ a zobrazenými subkategoriemi. Centrální kategorie ovlivňuje to, jakým způsobem jedinec aktivně provozuje taneční aktivitu. To, jak má jedinec uložený tanec v hodnotovém systému také ovlivňuje jak jeho vnitřní (osobní pocity) tak i obecný (názor na taneční aktivitu vnímanou veřejností) postoj k tanci. A pokud jedinec vnímá tanec jako důležitý hodnotový prvek jeho života, může to pozitivně ovlivnit jeho psychickou pohodu a celkový pocit.

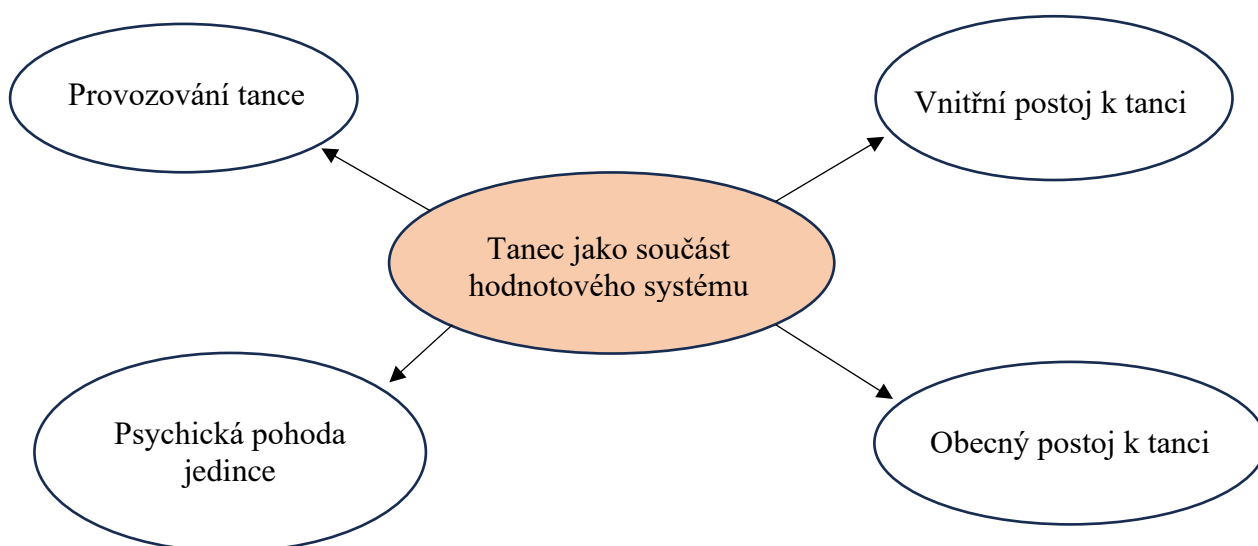


Diagram č. 18

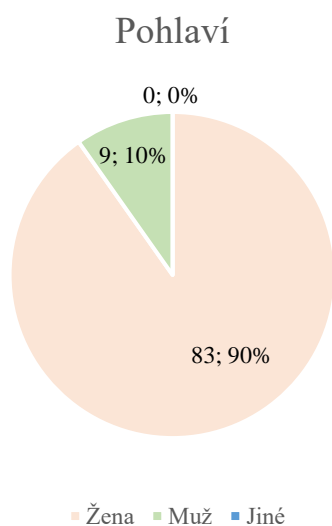
Zdroj: Vlastní zpracování

## 8 Kvantitativní sonda

Cílem této kvantitativní sondy je na základě dotazníku zmapovat u osob aktivně provozující tanec subjektivní vnímanou úroveň duševního zdraví.

Kvalitativní výzkum byl ověřen pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen pro „širší“ taneční veřejnost a respondentům byly položeny 4 otázky. Dvě z těchto otázek byly statistické formy na zjištění pohlaví (Graf č. 1) a věku tanečníků (Graf č. 2). Třetí otázka (Graf č. 3) se týkala tématu této bakalářské práce a čtvrtá otázka (Tabulka č. 2) navazovala na třetí otázku a byla zcela dobrovolná. Bylo osloveno 116 tanečníků z různých tanečních skupin. Z celkového počtu se vrátilo 92 vyplněných dotazníků, což poukazuje na úspěšnost 79.3 %. Dotazník byl rozeslán a vyhodnocován online formou pomocí ověřeného internetového serveru survio.com. Dotazník byl zcela dobrovolný a anonymní. Respondenti byli informováni o formě zpracování a analýzy jejich odpovědí. Cílem bylo zjistit vnímání jejich psychického zdraví a četnost psychických poruch mezi jedinci, kteří se pravidelně věnují taneční aktivitě. V následující části budou představeny získané výsledky.

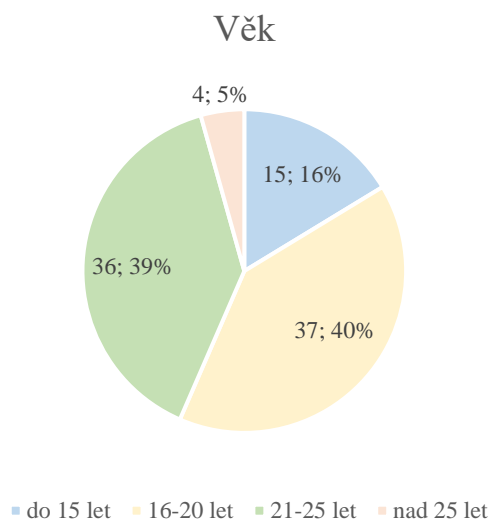
### 1. otázka – **Jsem:**



Graf č. 1

Zdroj: Vlastní zpracování

2. otázka – **Napište, kolik Vám je let.**



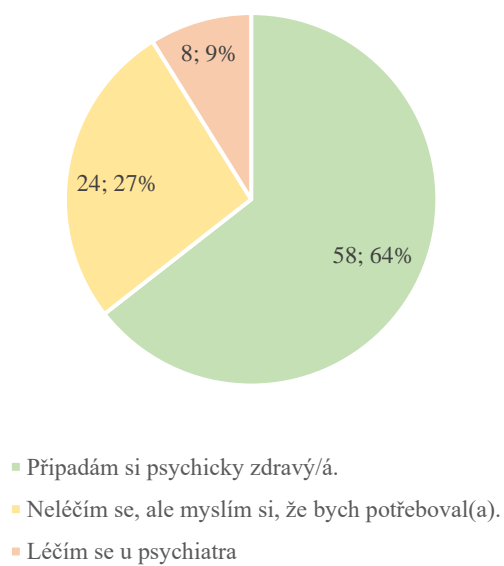
Graf č. 2

Zdroj: Vlastní zpracování

Nejstaršímu účastníkovi bylo 34 let.

3. otázka – **Jak byste se popsal(a)?**

Jak byste se popsal(a)?



Graf č. 3

Zdroj: Vlastní zpracování

Více jak polovina respondentů, přesně 64 %, si připadá psychicky zdravá. To ukazuje, že existuje jistá souvislost mezi tancem a psychickým zdravím a můžeme předpokládat, že tanec má pozitivní účinky na psychické zdraví. Ovšem musíme vzít v potaz i jiné faktory působící na psychický stav člověka. Dalších 27 % respondentů má za to, že by se měli léčit u psychiatra a 9 % se již u psychiatra léčí.

4. otázka – **Napište, s čím se léčíte u psychiatra nebo psychologa.**

*Tabulka č. 2*

<b>Odpovědi</b>	<b>Počet respondentů, kteří uvedli tuto odpověď</b>
Nadměrný strach a úzkostné poruchy	5
Odpovědi spojené se self-konceptem	2
Problémy s životosprávou	2

*Zdroj: Vlastní zpracování*



## 9 Shrnutí šetření a odpovědi na výzkumné otázky

Kvalitativní šetření umožnilo vygenerovat hypotézy a otázky k následnému kvantitativnímu ověření. Ze zpracovaných rozhovorů vychází následující tvrzení:

- Provozování tance má dvojitý vliv na psychiku jedince – pozitivní účinky tance jsou motivací pro provozování tance a zároveň jsou i důsledkem provozování tance.
- Pokud tanec pozitivně působí na psychiku jedince, zvyšuje se jeho motivace a duševní pohoda.
- Aby tanec pozitivně působil na psychiku, musí mu být tanečník oddaný a musí ho mít uložený v hodnotovém systému.
- Aby tanec pozitivně působil na psychiku, tanečník musí být s tancem emocionálně propojený a mít k tanci pozitivní vnitřní postoj.
- Na pozitivní působení tance má výrazný vliv taneční komunita, specifika této komunity vnímané jedincem a také význam taneční komunity pro jedince.
- Sociálně-terapeutický potenciál tance je podmíněn vnímanými specifiky taneční komunity jedincem a zároveň je výsledkem těchto vnímaných specifik.
- Charakteristiky taneční komunity ovlivňují, jakým způsobem funguje tanec jako prostředek sociální interakce.
- Provozování tance je ovlivněno rozvojovými schopnostmi tanečníka a zároveň výsledkem provozování tance je rozvoj tanečníka.
- Psychický a fyzický rozvoj tanečníka při tanci zapříčiňuje jeho následný komplexní osobnostní rozvoj.
- Tanec může mít na spánek pozitivní i negativní vliv. Záleží na náročnosti a době, ve které taneční trénink proběhl.

Výše uvedená tvrzení mohou tvořit základ zakotvené teorie a jejich potvrzení či vyvrácení je poskytováno k dalšímu šetření, neboť by se jednalo o rozsah nad rámec bakalářské práce. Zakotvená teorie (grounded theory) vznikla v roce 1967 a autory jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. Klára Šedřová (2007, s. 84) popisuje zakotvenou teorii jako „*sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na*

*vytváření teorie*“. Mezi základní principy zakotvené teorie je řazeno například to, že cílem výzkumu není pouze popisovat jednotlivé jevy, ale především vytvářet zcela nový koncept. Strauss a Corbinová 1999, s. 14 in Švaříček a Šedřová, 2007, s. 86) podotýkají: „... začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné“. Tímto způsobem byl řízen i výzkum v této práci. Šedřová (2007, s. 86) dále zmiňuje, že cílem zakotvené teorie je vytvoření konceptuálního modelu popisujícího souvislosti mezi různými proměnnými. Čili nejprve na základě dat určíme podstatné proměnné a až poté vytváříme a nacházíme vztahy mezi nimi, které jsou konečným výsledkem.

V úvodu výzkumné sondy byly definované následující cíle:

- Vnímají jedinci, kteří aktivně provozují tanec, jeho pozitivní dopady na psychiku?
  - Ano, jedinci, kteří se aktivně věnují taneční aktivitě, jsou si vědomi jeho pozitivních dopadů na jejich psychiku.
- Jakým procesem tanec ovlivňuje psychiku?
  - Tanec má na psychiku jedince dvojí vliv. Jeho pozitivní dopady na psychiku jsou pohnutkou/motivací a zároveň i důsledkem.
- Jaké faktory se spolupodílejí na pozitivním dopadu tance na psychiku u aktivních tanečnicků?
  - Aby tanec pozitivně působil na psychiku jedince jsou důležité tyto faktory: emocionální propojení s tancem, tanec jako součást hodnotového systému, kladný vnitřní postoj k tanci, oddanost tanci, vnímané charakteristiky a význam taneční komunity.

## 10 Závěr

Tato bakalářská práce zdůrazňuje význam tance v prevenci rozvoje duševních chorob a také pozitivní vliv tance na psychiku jedince. Toto téma bylo vybráno na základě mého vlastního osobního zájmu o tanec a lidskou psychiku. Zároveň si myslím, že je toto téma velice zajímavé a spadá do mého studia oboru Výchova ke zdraví. Při zpracovávání této práce jsem se nejprve zaměřila na podrobné studium lidské psychiky a duševních poruch. V tomto případě byla velice užitečná literatura Psychologie zdraví (Křivohlavý, 2003) a také knižní dílo Psychopatologie: nauka o nemocech duše (Orel, 2020). Po porozumění této problematiky bylo mnou zahájeno studium literatury týkající se samotného tance. Zejména kniha Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii (Dosedlová, 2012) byla mým zájmem, neboť se zaměřuje přímo na tanec jako formu terapie. Velice nápomocné bylo také dílo Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi (Payne, 2011).

Na základě teoretického rozboru duševních poruch a role tance ve zlepšování psychické pohody je možno konstatovat, že tanec představuje efektivní formu prevence a doplňkovou terapeutickou metodu v oblasti duševního zdraví. Dále také lze s klidem říct, že tanec je univerzálním prostředkem, který oslovuje nejen tělo, ale také duši jedince. Práce se detailně zaměřila na rozbor významu tance v prevenci rozvoje duševních poruch a jeho terapeutický potenciál vycházející z důležitosti spojení mezi fyzickou aktivitou a duševním zdravím. Z analýzy teoretického rámce vyplývá, že taneční aktivita má pozitivní dopad na psychiku jednotlivců, a to zejména v oblasti zlepšování nálady a podpory duševního zdraví. Tanec se tak ukazuje jako prostředek, který pomocí komplexního procesu propojuje fyzickou aktivitu s emocionálním prožíváním a posiluje tak pohybový self-koncept.

Po důkladném zpracování teoretické části byla provedena výzkumná sonda. V praktické části byly prostřednictvím rozhovorů s aktivními tanečnicemi zmapovány subjektivní pohledy na dopady tance na psychiku. Byl detailně objeven proces, jakým tanec ovlivňuje duševní stav a také faktory, které se na tomto procesu podílejí. Každému tanečnickovi bylo položeno několik otázek, týkajících se nejen souvislosti mezi tancem a psychikou, ale také například ohledně jejich spánku. Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného, selektivního a axiálního kódování, díky kterým pak bylo možné pracovat se zakotvenou teorií. Při zpracovávání praktické části bylo využito knih Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách (Švaříček a Šed'ová, 2007) a Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkum (Miovský, 2006), které byly velice nápomocné. Při procesu

kódování bylo vytvořeno celkem 18 diagramů, které vysvětlují souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi. Výsledkem kvalitativní sondy je deset výroků, které vychází ze zpracovaných rozhovorů. Studie potvrzuje, že aktivní účast v tanci má výrazně pozitivní dopady na psychické zdraví jednotlivců. Získaná data z kvalitativního výzkumu, kde sami tanečníci poskytli informace o svých zkušenostech, ukazují, že taneční aktivita přispívá k lepší náladě a celkové psychické pohodě.

Je tedy patrné, že taneční aktivita není pouze prostředkem k fyzickému zdraví, ale také klíčem k podpoře duševního zdraví. Různé faktory, včetně sociálních, psychologických a fyziologických, spolupůsobí na pozitivním účinku tance na psychiku. Je zjevné, že pohyb a tanec mají potenciál výrazně přispět k posilování psychické odolnosti jednotlivců a všeobecně k zlepšení kvality života.

Celkově tedy lze konstatovat, že tato bakalářská práce přináší důležité poznatky o vztahu mezi tancem a duševním zdravím. Tímto výzkumem a analýzou byly poskytnuty nové pohledy a příspěvek do oblasti výchovy ke zdraví, která může využít poznatků z této práce k rozvoji strategií prevence a terapie duševních onemocnění. Na závěr bych chtěla podtrhnout, že tanec a pohybová aktivita mají mimořádný význam v rámci prevence duševních chorob a je třeba tyto poznatky dále rozvíjet a aplikovat ve prospěch veřejného zdraví a individuální pohody.

## Resumé

Práce se zaměřila na studium lidské psychiky a duševních poruch, s cílem porozumět spojení mezi tancem s psychickým zdravím. Teoretický rámec potvrdil, že tanec představuje efektivní formu prevence duševních poruch a má pozitivní dopad na náladu a podporu duševního zdraví. Z analýzy literatury vyplývá, že taneční aktivita oslovuje nejen tělo, ale i duši jedince, propojuje fyzickou aktivitu s emocionálním prožíváním a posiluje pohybový self-koncept. Praktická část bakalářské práce se zaměřila na sběr subjektivních pohledů aktivních tanečniců prostřednictvím rozhovorů. Rozhovory s tanečnicemi odhalily, že aktivní účast v tanci přispívá k lepší náladě a celkové psychické pohodě. Získaná data byla analyzována pomocí otevřeného, selektivního a axiálního kódování, což umožnilo pracovat se zakotvenou teorií. Výsledky kvalitativního výzkumu ukázaly, že aktivní účast v tanci má významné pozitivní dopady na psychické zdraví jednotlivců, přispívá k lepší náladě a celkové psychické pohodě. Na pozitivním účinku tance na psychiku se spolupodílejí různé faktory, včetně sociálních a psychologických. Celkově práce přináší důležité poznatky o vztahu mezi tancem a duševním zdravím, nabízí nové pohledy a příspěvek do oblasti výchovy ke zdraví.

**Klíčová slova:** tanec, pohyb, duševní zdraví, duševní poruchy, psychický stav

## **Abstract**

The thesis focused on studying human psychology and mental disorders to understand the connection between dance and mental health. The theoretical framework confirmed that dance represents an effective form of mental disorder prevention and has a positive impact on mood and mental health support. The analysis of literature suggests that dance activity addresses not only the body but also the soul of the individual, connecting physical activity with emotional experience and strengthening the body image concept. The practical part of the bachelor's thesis was focused on gathering subjective perspectives of active dancers through interviews. The interviews with dancers revealed that active participation in dance contributes to improved mood and overall mental well-being. The collected data was analyzed using open, selective, and axial coding, allowing for work with grounded theory. The results of the qualitative research indicated that active participation in dance has significant positive effects on individuals mental health, contributing to better mood and overall mental well-being. Various factors, including social and psychological aspects, contribute to the positive impact of dance on mental health. Overall, the thesis provides important insights into the relationship between dance and mental health, offering new perspectives and contributions to the field of health education.

**Key words:** dance, movement, mental health, mental disorders, mental state

## Seznam použité literatury a elektronických zdrojů

BLAHUTKOVÁ, Marie, ŘEHULKA, Evžen a DAŇHELOVÁ, Šárka. *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-108-1.

Constitution. *World Health Organisation* [online]. 2023 [cit. 2023-10-16]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-547-7.

*Děti a pohyb*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2023 [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1567-deti-a-pohyb>.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). *American Psychiatric Association* [online]. 2022 [cit. 2023-09-27]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3711-9.

F00-F99 Poruchy duševní a poruchy chování. *MKN-10 2023* [online]. 2023 [cit. 2023-09-27]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>.

F50 Poruchy příjmu potravy. *MKN-10 2023* [online]. 2023 [cit. 2023-12-19]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50>.

*Infografika: Duševní onemocnění v Česku*. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2023 [cit. 2023-12-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>.

JAROSLAVA, Dosedlová. *Optimismus a jeho role v kontextu zdraví* [online PDF]. Masarykova univerzita Brno, 2018 [cit. 2023-10-16]. ISBN 978-80-210-8952-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/optimismus-a-jeho-role-v-kontextu-zdravi-1459658/>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MKN-11: Mezinárodní klasifikace nemocí: jedenáctá revize. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023* [online]. 2023, 1.1.2023 [cit. 2023-09-26]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>.

MRZENOVÁ, Kateřina. *Hudební a taneční terapie při práci s jedinci mentálním postižením*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Zdena Michalová, Ph.D. Liberec: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky Technické univerzity v Liberci, 2010 [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/server/api/core/bitstreams/b2856419-1009-4151-8e5a-24d866fddab7/content>.

MUSÁLKOVÁ, Zuzana. *Tanec jako emoční zážitek, který zlepšuje náladu, vztahy i fyzickou kondičku*. Online. In: Novinky.cz. 2021. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/zena-styl-tanec-jako-emocni-zazitek-ktery-zlepsuje-naladu-vztahy-i-fyzickou-kondicku-40379923>. [cit. 2024-04-23].

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 26.09.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340>.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

Organické duševní poruchy: co to je? *Národní zdravotní informační portál* [online]. 2023 [cit. 2023-12-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/691-organicke-dusevni-poruchy-zakladni-informace>.

PAYNE, Helen. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Vyd. 2. Přeložil Lenka STAŇKOVÁ, přeložil Radana SYROVÁTKOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-887-6.

Pohybová aktivita. *Národní zdravotní informační portál* [online]. 2023 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/350-pohybova-aktivita>.



Poruchy příjmu potravy: co to je? *Národní zdravotní informační portál* [online]. 2023 [cit. 2023-12-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/699-poruchy-prijmu-potravy-zakladni-informace>.

Psychiatrická ročenka 2022. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2022 [cit. 2024-4-6]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>.

*Psychologie zdraví – biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty* [online PDF]. Grada Publishing, 2021 [cit. 2023-10-16]. ISBN 978-80-271-4716-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologie-zdravi-1459565/>.

SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Média, internet. *Zpravodaj Anabell*. 2006, (5), 22.

SMUTNÁ, Gabriela. *Svoboda pohybu a bezpečnost v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory: výzvy a řešení*. Online, Diplomová práce, vedoucí Mgr. Jakub Žákavec, Ph.D, MBA. Praha: Vysoká škola CEVRO Institut, 2023 [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: [https://is.vsci.cz/th/y4yxt/Smutna\\_diplomova\\_prace\\_FIN.pdf](https://is.vsci.cz/th/y4yxt/Smutna_diplomova_prace_FIN.pdf).

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Téma roku: Pandemie COVID-19. Online. *Urgentní medicína*. 2020, roč. 23, č. 4, s. 51. ISSN 1212-1924. Dostupné z: [https://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM\\_2020\\_4.pdf#page=45](https://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2020_4.pdf#page=45). [cit. 2024-04-22].

Úzkostné poruchy: co to je? *Národní zdravotnický informační portál* [online]. 2023 [cit. 2023-10-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/717-uzkostne-poruchy-zakladni-informace>.

VAŠIOVÁ, Veronika. *Taneční terapie*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc. Praha: Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy, 2011 [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/49998/BPTX\\_0\\_0\\_11280\\_0\\_2878\\_0\\_62422.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/49998/BPTX_0_0_11280_0_2878_0_62422.pdf?sequence=1).

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení* [online PDF]. Praha: Grada Publishing, 2007 [cit. 2023-10-16]. ISBN 978-80-247-6916-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zdravotnicka-psychologie-1459617/#>.

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2021 [cit. 2023-09-27]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>.

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2023 [cit. 2023-09-27]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.

## Seznam příloh

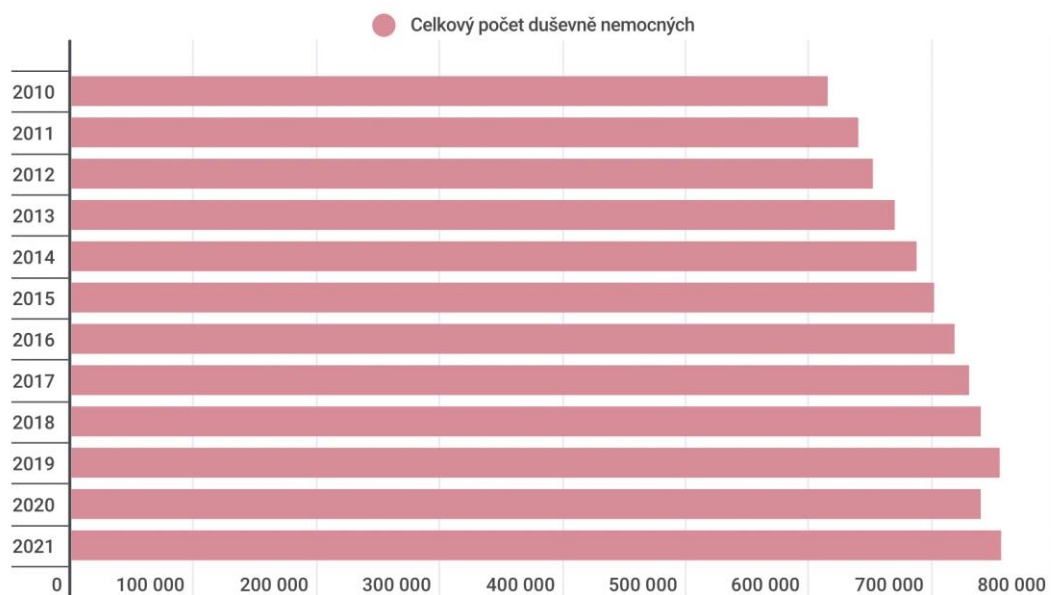
**Tabulka 1.2: Struktura léčených pacientů v psychiatrických ambulancích dle skupin psychiatrických diagnóz**

Rok	F0 a G30	F10	F11-F19	F2	F3 (bez F32-F33)	F32-F33	F4 (bez F42)	F42
2010	65 092	21 138	8 521	42 848	13 147	79 961	180 043	4 709
2011	69 294	21 022	8 900	43 596	13 487	82 710	189 107	4 948
2012	71 779	20 330	8 949	43 675	13 718	83 295	195 273	5 123
2013	74 672	20 160	9 416	44 419	14 119	84 925	202 282	5 381
2014	78 407	20 551	9 728	44 929	14 503	85 377	207 953	5 557
2015	82 889	20 230	9 644	45 714	14 658	85 446	213 586	5 915
2016	86 547	20 463	9 770	46 350	14 812	85 801	219 024	6 024
2017	88 604	20 290	9 810	46 781	14 941	86 842	224 021	6 407
2018	91 480	20 676	10 166	46 916	15 062	87 292	226 709	6 681
2019	93 912	20 221	10 495	46 846	15 108	89 009	232 964	7 125
2020	92 376	19 416	10 686	46 444	14 803	88 788	234 355	7 377
2021	91 921	19 398	11 508	46 117	14 398	90 250	242 283	7 918
2022	95 435	19 273	12 058	46 047	14 273	92 086	250 380	8 354
	14.1%	3.0%	1.8%	7.1%	2.2%	13.8%	37.1%	1.2%
Rok	F5	F60-F61	F62-F69	F7	F8-F9	Ostatní		Celkem
2010	16 438	15 101	4 170	19 387	25 212	14 182		509 949
2011	16 894	15 573	4 216	19 718	27 463	14 247		531 175
2012	16 958	15 805	4 208	20 129	28 765	14 468		542 475
2013	16 984	16 005	4 280	20 187	30 802	14 738		558 370
2014	17 135	15 990	4 255	20 619	32 282	15 499		572 785
2015	17 546	15 971	4 293	20 754	34 273	15 085		586 004
2016	18 305	16 220	4 413	21 131	37 541	14 783		601 184
2017	18 923	16 172	4 364	21 281	39 207	15 549		613 192
2018	19 433	16 470	4 395	22 037	40 095	16 071		623 483
2019	20 131	17 585	4 500	22 424	40 345	15 417		636 082
2020	19 732	17 212	4 557	21 959	38 080	12 866		628 651
2021	21 799	17 821	5 090	22 118	38 281	23 541		652 443
2022	22 492	19 006	5 737	22 358	40 504	14 968		662 971
	3.3%	2.7%	0.8%	3.4%	5.9%	3.6%		100.0%

*Příloha I*

*Zdroj: ÚZIS, 2022*

## Počet duševně nemocných osob v České republice



*Příloha II*

*Zdroj: NZIP, 2023*