



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Tanec jako součást terapie závislých pacientů

Vypracovala: Klára Šafaříková
Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek

České Budějovice 2018

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 25.4.2018

.....

podpis

„Závislost je nemoc žízně. Otázka zní: po čem člověk žízni? A hlavně: proč jeho žízeň je neutišitelná? Samozřejmě jde o žízeň po náklonnosti, lásce, uznání a ocenění.“ (Röhr, & Babka, 2015, s. 11)

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a to především panu primáři MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi za poskytnutí prostoru organizovat taneční výzkum, spolupráci při výběru dotazníků a inspirující konzultace během celého výzkumu, to vše s důvěrou a trpělivostí.

Dále také svému vedoucímu práce Mgr. Tomášovi Mrhálkovi za odborné vedení během celého výzkumu, poskytování cenných rad, obzvláště pomoc s metodologickou částí bakalářské práce.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za podnětné nápady, podporu při studiu i tvorbě bakalářské práce.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá efekty latinsko-amerických a standardních tanců na sebepojetí a úzkostnosti u alkoholově i drogově závislých pacientů v Psychiatrické léčebně Červený dvůr.

Teoretická část se zaměřuje na vymezení specifík závislostí, efektu tance na lidskou psychiku, úzkostnosti a klíčových pojmů sebepojetí jako je self-esteem, self-efficacy. Na závěr předkládáme doporučení, jak využít tanec jako jednu z metod práce s pacienty při jejich terapii.

Empirická část byla realizována kvantitativním přístupem, kde bylo cílem zjistit úrovně vybraných rysů za pomoci psychologických nástrojů před začátkem prvního a po ukončení čtvrtého setkání vedeném tanečními mistry. Zároveň taneční skupina pacientů byla srovnána s kontrolní skupinou, která během své léčby neměla taneční lekce. Při výběru dat byla použita testová baterie s testy: Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES), Dotazník obecné vlastní účinnosti (General Self-Efficacy Scale), State-Trait Anxiety Inventory (STAI – 2).

Výzkum potvrdil, že vedené hodiny tance mají u pacientů pozitivní vliv na self-esteem, self-efficacy. Neprokázal se však signifikantní vliv tance na snížení míry úzkostnosti.

Klíčová slova:

tanec, self-esteem, self-efficacy, úzkostnost, závislost, alkohol, drogy

Abstract

This bachelor thesis is focused on the effects of Standard and Latin ballroom dances on self-determination and anxiousness of substance addicted patients at Červený Dvůr Psychiatric hospital.

The first theoretical part concentrates on the determination of addiction, the effect of dance on human psyche, anxiousness and crucial conception of self-concept as self-esteem, self-efficacy. Our intent is to describe the potential of using dance as one of the methods during psychotherapy. Also we will introduce a summary of scientific surveys about this topic.

The empiric part was realized with quantitative research, where our object was to find out the levels of selected personality traits thanks to psychological instruments before the first and after the termination of the fourth dance meeting lead by dance masters. At the same time the dancing group of patients was compared with the control group, which didn't have any dancing class during their therapy. For the research we used Rosenberg self-esteem scale, General Self-efficacy and State-Trait Anxiety Inventory.

According to the research, dance meetings lead by professionals had a positive effect on self-esteem, self-efficacy. On the other hand we didn't prove any statistically significant anxiety-reducing effects of dances.

Key words:

dance, self-esteem, self-efficacy, anxiousness, addiction, alcohol, drugs

OBSAH

I. ÚVOD	1
II. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	3
1. TANEC	3
1.1. Definice tance	3
1.2. Historické kořeny	3
1.3. Tanec a hormony	4
1.4. Motivy k tanci	4
1.5. Fenomén Flow	5
1.6. Hudba	5
1.7. Párové tance	5
1.7.1. Latinsko-americké tance.....	6
1.8. Terapeutické efekty umělecké činnosti	6
2. Self-esteem (Sebehodnocení)	8
2.1. Význam pojmu a jeho definice	8
2.2. Vývoj self-esteem	8
2.3. Proč se self-esteem důležitý	10
2.3.1. Lidé s vyšším sebehodnocením	10
2.3.2. Lidé s nižším hodnocením.....	11
2.4. Jak navýšit self-esteem (sebehodnocení).....	12
3. Self-efficacy (vlastní účinnost)	13
3.1. Význam pojmu a jeho definice.....	13
3.2. Získání vědomí vlastní účinnosti	13
3.3. Rozdíl mezi self-esteem a self-efficacy	14
3.4. Self-efficacy a zdraví	15
4. Úzkost a úzkostnost	16
4.1. Vymezení pojmu	16
4.2. Rozdělení úzkosti	17
4.3. Projevy patologické úzkosti	17
4.4. Úzkost a závislost.....	18
5. Závislost	19
5.1. Definice závislosti	19
5.2. Diagnóza syndromu závislosti.....	19
5.3. Modely závislosti	20
5.3.1. Biomedicínský model.....	20
5.3.2. Bi-psycho-sociální model	21
5.3.3. Sociální a sociálně-pedagogický přístup	21
5.3.4. Další přístupy	22
5.4. Kdo se stává závislým?.....	22
5.5. Prevence závislostí.....	22
5.6. Cíl léčby.....	23
III. VÝZKUMNÁ ČÁST	25
6. Cíle výzkumu	25
6.1. Výzkumný problém.....	25
6.2. Výzkumné otázky a hypotézy	27
7. Metodologický rámec	28
7.1. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.....	28
7.2. Časový harmonogram.....	30
7.3. Průběh sběru dat	30

7.4.	Popis tanečních hodin.....	31
7.5.	Etika výzkumu	32
7.6.	Výzkumný vzorek	32
8.	Testová baterie	34
8.1.	Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)	34
8.2.	Dotazník obecné vlastní účinnosti (General Self-Efficacy Scale)	34
8.3.	State-Trait Anxiety Inventory	35
9.	Statistické zpracování dat	36
10.	Ověřování hypotéz	42
11.	Diskuze	53
12.	Závěr	56
13.	Seznam použité literatury	58
14.	Přílohy	64

I. ÚVOD

V dnešní době žijeme ve spěchu. Celý život se honíme za lepšími známkami, atraktivnější prací či za větším množstvím peněz. Při této rychlosti nemáme pořádně ani čas na sebe a přítomné aktivity nedokážeme dostatečně prožívat. Jsme tedy vůbec během našeho života šťastni?

Určitě znáte ten pocit, kdy se snažíme ze všech sil podat nejlepší výkon či vyřešit určitý problém, ale opak se stává pravdou. Z různých důvodů se nám nedaří a problémy se jen hromadí. Začínáme mít pocit, že nemáme život pod kontrolou, jak bychom si představovali a postupně ztrácíme pocit důvěry sami v sebe. Společnost nám udává, jakým konzumním životem přesně žít, aniž bychom v tomto způsobu viděli smysl či nás naplňoval. K tomu nám nepřidává neustálé srovnávání se s ostatními a následující nálepkování. Není divu, že velké množství lidí trpí úzkostností, nízkým sebehodnocením. Zároveň se domnívají, že nedokáží ovlivnit to, co se jim během života děje.

Závislí lidé se nejen potýkají se zmíněnými problémy, navíc tito jedinci selhávají v dosavadních životních rolích, nevidí smysl překonávat každodenní stereotypy, selhávají jim životní opory a ztrácí důvěru ve vlastní osobu. Jsou obklopeni pouze povinnostmi, neúspěchy a nezdary (Röhr & Babka, 2015). Závislí se často snaží drogami či alkoholem zaplnit a utlumit svoji nespokojenost, pocit osamělosti a prázdnoty. Alkohol či droga jim pomáhají zapomenout. Nepřemýšlejí nad minulostí a budoucností, ale žijí jen momentálním pocitem blaha. Jenže tento způsob jednání nevede k vytouženému pocitu naplnění. Navíc se jedinci dostávají do bludného kruhu, ze kterého se není lehké dostat.

Domníváme se, že během odborné léčby je potřeba dodat závislým pacientům zdravé sebevědomí a pocit, že mají svůj život ve vlastních rukou. K tomu také vedou aktivity, které nabijí energií a smyslností. Je možné se u nich odpoutat od denních problémů a užívat si jen přítomný okamžik dané činnosti. Tato chvíle má neuvěřitelně léčivé účinky na duševní zdraví.

Tanec je jednou z aktivit, u které můžeme zapomenout na vše, co nás trápí a ponořit se do rytmické hudby. Jak zmiňuje C. P. Estés (1995) v knize *Ženy, které běhaly s vlky*, je potřeba nechat v nás projevit naši nespoutanost, spontánnost, přirozenost, hravost, co nám proudí v žilách a my to tolik potlačujeme. Ženy, které nechávají vyhladovět tvůrčího ducha, si svůj duševní hlad léčí alkoholem a drogami. Na párový tanec navíc nejsme samy. Během celého tance nás doprovází náš partner, se kterým jsme v souznění. Je zde důležitá souhra, vnímání druhého.

K tématu bakalářské práce jsem se dostala zcela neplánovaně. Ve druhém ročníku psychologie jsem v PL Červený dvůr absolvovala nepovinnou týdenní praxi. Během jedné z mnoha terapií jsme se s mojí spolužačkou představovaly a také jsme měly jmenovat naše záliby. Já jsem zmínila, že jsem v minulosti tančila latinsko-americké a standardní tance. Byly jsme zrovna na oddělení žen a pacientky projevíly o dané téma velký zájem. Dokonce ani o přestávce, kterou měly hlavně na kouření, nešly pryč a chtěly se naučit základní taneční kroky. Později jsem se dozvěděla, že pacienti mají každých 14 dní vedené taneční hodiny, na kterých tancují v páru s pacienty z jiných oddělení. Po schůzce s panem primářem bylo domluvené téma na výzkum. Již předtím si zaměstnanci všimli pozitivních vlivů tance v denících, které si pacienti píší.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá pojmy, jako jsou tanec, self-esteem, self-efficacy, úzkostnost a problematikou alkoholové i drogové závislosti. V praktické části se věnujeme vlastnímu výzkumu realizovaného v PL Červený Dvůr. Součástí testové baterie byly: Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES), Dotazník obecné vlastní účinnosti (General Self-Efficacy Scale) a State-Trait Anxiety Inventory (STAI – 2).

II. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1. TANEC

Tanec je přirozenou součástí našeho lidského života. Většina z nás používá jeho pozitivní efekty intuitivně. Běžně si jdeme s přáteli zatančit, či se jen tak pohybujeme v rytmu v obývacím pokoji, v kuchyni, kdykoliv se nám zachce. Způsobem, jakým tančíme, necháváme prostor pro vyjádření sami sebe, proto je každý svým tancováním jedinečný.

1.1. Definice tance

Tanec se skládá z realizovaných pohybů odlišných od těch, co vykonáváme každý den. Jsou rytmické, estetické a jdou ruku v ruce s určitou kulturou. Tanec je více smyslový intenzivní zážitek, který nám poskytuje sebevyjádření (sebe-expresivitu) více, než například mluvení či psaní. Dává nám pohled na danou osobu po stránce tělesné, emocionální, kognitivní a kulturní dimenze (Hanna, 2006). To vše může být interpretováno mnoha způsoby v závislosti na přihlížející osobě (Schögler & Trevarthen, 2007). Je to jedna z forem, jak můžeme cítit a prožívat naše fyzické já a pomáhá nám s řešením každodenních problémů. Díky tanci dokážeme odstranit stres rozptýlením, odvedením pozornosti a následně se vypořádat se stresory (Hanna, 2006). Zároveň zvyšuje potlačené lidské nadšení a vášně, dává prostor naší kreativitě, která nám nejen pomůže odhalit nové možnosti pohybů, ale i postavení těla. Avšak forma, jak se pohybujeme a naše tělesné postavení, ovlivňují vnímání a přijímání světa okolo nás. Domníváme se, že náš přirozený impulz tančit přichází z nějaké formy zdravého instinktu (Koch, 2007). Tanec nenabízí jen zlepšení fyzické kondice, ale také může mít kladný efekt na zvýšení wellbeing, self-esteem, vnitřní motivace a snižuje úzkost (Lesté, 1990). Nedílnou součástí tance je tělesné vědění, intimita, empatie, genderové vztahy, sebeaktualizace a dynamika skupiny v dialogické formě (Tateo, 2014).

1.2. Historické kořeny

Tanec je neoddelitelnou součástí lidského projevu a komunikace. Je univerzální jak v čase, tak i v prostoru. Různé pojetí tance najdeme ve všech kulturách a historických obdobích (Sevilla, 1990), působí také jako velmi důležitý socializační faktor (Trujillo, 2010) při pobavení, relaxaci a uniknutí z denní rutiny (Goulimaris, Mavridis, Genti, & Rokka, 2014). Již z dávné historie je známý tzv. Posvátný tanec (la danza sagrada), který měl za úkol znázorňovat okolní svět. Inspirace se nacházela v přírodě. Motivy byly běžnou součástí života, jako je život, smrt, válka, láska, nenávisť a přírodní katastrofy. Také symbolizovaly etapy lidského života s nádechem mystična. Tanec měl různé funkce, například se jednalo o

tanec náboženský, sexuální, vítězný, pohřební, k pobavení či zastrašení. Muži se během mládí učili tance bojovné, zatímco ženy tančily tance plodnosti a zdraví. Jednalo se tedy především o tance spontánní s volnými a energickými rytmy (Vera & Morte, 2015). V klasické řecké kultuře se tanec používal pro emociální vyrovnanost těla, myslí estetickou formou. Bylo to ztvárnění krásy a zdraví, pohyby se vyjadřovala harmonie rytmu. V antickém Římě se díky rozrůstání křesťanství stal tanec rozpolcenou aktivitou. Ze strany církve byla pro tanec udělena striktní pravidla (Ehrenreich, 2007).

Rodiče své děti přirozeně učí expresivní pohybům “moving expressively”, které vyjadřují emoce a sdílí prožitek radosti. Děti, které mají pouze několik měsíců, se otáčejí za zvukem písně či instrumentální muziky a nechávají se unášet tempem i melodií, které jsou založeny na vnitřních motivačních impulzech pohybů rukou i nohou. V pozdějším věku se děti učí tzv. dětské muzikální kultuře, kde napodobují muziku ze světa dospělých a kombinují to s vymyšlenými přirozenými pohyby, které doprovází hlasem (Schögler & Trevarthen, 2007).

1.3. Tanec a hormony

Výzkum od Jeong (2005), který byl realizován na adolescentech s mírnou úrovní deprese ukázal, že 12 hodin tance statisticky stačilo, aby se zvýšila koncentrace serotoninu v plazmě a snížila se koncentrace dopaminu. Dále se snížily příznaky nemoci v porovnání s kontrolní skupinou. Podobné výsledky byly u výzkumu Akandere & Demir (2011) se studenty, u kterých byla použita Beckova depresivní škála a u dalšího výzkumu s pacienty třetího věku (Koch, Morlinghaus, & Fuchs, 2007).

1.4. Motivy k tanci

Maraz (2015) se svým kolektivem vytvořil na základě dlouhodobého výzkumu Inventář tanečních motivů (Dance Motivation Inventory). Zapojilo se 447 tanečnicků, kteří vyplňovali dotazník po internetu. Mezi zúčastněnými se nacházeli jak profesionálové, tak rekreační tanečníci. 68% byly ženy s průměrným věkem 32,8 let. Výslednými motivy k tanci se ukázaly: zlepšení fyzické kondice, zlepšení nálady, atraktivita vůči opačnému pohlaví, hledání partnera, být v přítomnosti vyhledávané společnosti, prožívání příjemného a jedinečného okamžiku (flow), zdokonalování svých schopností, self-esteem, únik před každodenními problémy a vyplnění pocitu prázdnoty. Podle již známých studií, motivujícími faktory pro gambling a požívání alkoholu či drog je právě uniknutí od reality (escapism), zlepšení nálady (mood enhancemnet) a vyhledávání přitažlivé společnosti (socialing). Také motivace zdokonalení svých dovedností (mastery) se objevuje u gamblingu, či vyhledání

pocitu flow u uživatelů marihuany (Simons, Correia, Carey, Borsari, 1998). Podle Targhetta, Nalpas, Perney (2013) nejsilnější motivy pro tanec jsou zlepšení nálady a redukce každodenního stresu.

1.5. Fenomén Flow

Fenomén Flow je stav vědomí, kdy je člověk pohlcen aktivitou, kterou právě dělá. Až docílí úplného vypuštění ostatních myšlenek a emocí. Jeho dimenze jsou: fyzická rovnováha, sloučení akce a myšlení, jasno v cíli, přesný feedback, koncentrace na daný úkol, pocit kontroly nad situací, absence pocitu nejistoty, změna ve vnímání času (Alonso, Marcos, Miguel, & Calvo, 2011). Zároveň je to prostor pro rozvinutí kreativních schopností a vyšších funkcí (Hanna, 2006). Tato zkušenost je autentická, člověk je zde zaměřený pouze na sebe a své potřeby. Flow bylo pozorováno například u atletů, tanečníků, muzikantů atd. (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2014). Během výzkumu López-Torres, Torregrosa, & Roca (2007) sportovci vykazovali vysokou úroveň flow, byli emočně pozitivní a měli statisticky nižší míru stresu. Flow je během sportovního výkonu spojován s vnitřní motivací, orientací na úkol, self-efficacy, nízkou mírou úzkosti a jiné.

1.6. Hudba

Poslech hudby je na rozdíl od tance pasivní činnost. Během tance nás však hudba také provází. Hudba ovlivňuje, jak se posluchači cítí, zlepšuje well-being a také například kognitivní výkon (myšlení, řešení problémů, kreativitu a mentální flexibilitu). Hudba je velmi závislá na sociálním a kulturním kontextu (Schellenberg, 2012). Silný prožitek hudby je spojován nejen se vzpomínkami a asociacemi, ale i s dobře pozorovatelnými fyziologickými reakcemi například stažení hrdla, bušení srdce. Vlivem hudby lze vyvolat pozitivní emoce a následně ovlivnit prosociální chování. Naproti tomu další výzkumu prokázali, že obliba rapu a rockové hudby vede často k rizikovému chování, případnému konzumaci drog a alkoholu (Franěk, 2005).

1.7. Párové tance

Tanec se velmi často provádí v páru či ve skupině, což vyžaduje kooperaci, komunikaci a tzv. "řeč tělem" (lenguaje corporal). Cíl skupiny je pohybovat se podle určité jednoty. Vzájemně se doplňovat při následování hudby (Cantón & Checa, 2011). Tanečníci se pohybují ve stejném rytmu, synchronizují svoje gesta a s tím se vytvoří silné sociální pouto i kooperace, které mají velký prosociální efekt. Lidé, kteří spolu tančí, záměrně pozměňují

svoje postoje a uvažování tím, že s druhým sdílí stejný cíl. (Reddish, Fischer, & Bulbulia, 2013).

Tancování s někým přináší větší potěšení, o které se můžeme podělit. Produkuje nám více spokojenosti, více pozitivních emocí a entuziasmus, díky kterému rozvíjíme naše pohyby. V párovém tanci se vytváří speciální vztah mezi tanečními partnery. Jako sociální tvorové vyhledáváme blízkost druhého, intimitu, komunikaci, přátelství a pomoc. Nezáleží zde tolik na jednotlivci, ale na celku a na kooperaci. Pomocí pohybů komunikujeme s partnerem. Nejen díky fyzickému kontaktu vnímáme více partnera než sebe. Tím se během tance rozvíjí vztah a vzájemná senzibilizace na partnera (Blom & Chaplin, 1996). Dále uvádí, že během tance jsou aktivovány zrcadlové neurony. Ty mají za následek rozvoj sympatie mezi tanečním párem (Schmais, 2004).

1.7.1. Latinsko-americké tance

Mezi Standardní tance řadíme: waltz, tango, valčík, slowfox a quickstep. Tyto tance jsou charakteristické uzavřeným párovým držením a typickým švihovým pohybem. Naopak Latinskoamerické tance jako je samba, cha-cha, rumba, paso doble a jive se vyznačují rytmickou přesností, temperamentem a smyslností. Tyto druhy tanců jsou aktivity, které zahrnují ztělesněné vědění, intimnost, empatii, taneční vztah mezi ženou a mužem, sebeaktualizaci, well-being a skupinovou dynamiku vyjádřený ve specifické dialogové formě. Jde zde o synchronizaci tanečního páru, kde se taneční partneři navzájem respektují (Tateo, 2014). Standardní a latinsko-americké tance se používají jako součást rodinné terapie. Upevňují se tak vztahy v rodinném systému, členové se zaměřují na prožívání přítomného okamžiku a prožívání pocitu štěstí (Wulff & George, 2007).

1.8. Terapeutické efekty umělecké činnosti

Již od nepaměti se ví o prospěšnosti umělecké činnosti, která se využívá v terapiích. Ať už jde o tanec, kreslení, psaní, či drama. Vědomě se začala používat až během druhé světové války, jako oficiální část terapeutické léčby (Adrian Hill – první artistický terapeut v nemocnici), (Romero, 2004). Umění jako takové má vliv na celkové zlepšení psychického stavu. Zlepšení sociálních vztahů, pozitivní vliv na well-being, zvýšení životního očekávání, rozvíjení self-esteem, self-eficacy a zlepšení kreativity na vědomé i nevědomé úrovni. Navíc navozuje lepší spolupráci mezi pacienty a léčbou. Jsou prokázány pozitivní účinky při léčbě alkoholismu (Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012) a deprese (Penedo & Dahn, 2005).

Staricoff (2004) se zmiňuje o pozitivních účincích umění v nemocnicích:

- pozitivní fyziologické a psychologické změny v klinických symptomech,

- snížení konzumu drog a alkoholu,
- kratší doba hospitalizace,
- větší spokojenost pracovníků v nemocnici,
- zlepšení vztahů mezi pacienty a odborným personálem,
- zvýšení empatie mezi kulturními rozdíly a odlišným pohlavím.

Terapie uměním pomáhá všem bez výjimky, tedy i těm, kteří trpí psychologickými problémy, emocionální nevyrovnaností kvůli negativním zkušenostem. Jen je potřeba vybrat si patřičné umění (Romero, 2004). Záleží tedy na jedincových prioritách, kulturním zázemí, znalostí o umění, aby našel svůj umělecký zájem (Camic, 2008).

2. Self-esteem (Sebehodnocení)

2.1. Význam pojmu a jeho definice

„Self-Esteem je schopnost být připravený na život jako takový. Skládá se z:

1. Důvěry v naši schopnost myslet a postavit se výzvám denního života.
2. Důvěry v naše právo být šťastný, plnit naše potřeby a mít požitky z našich úsilí, úspěchů.“ (Branden, 1993, s. 13)

Podle Consuegra (2010) self-esteem, auto-imaginace či pozitivní auto-evaluace vznikají, když člověk porovnává své reálné s ideálním já. Zároveň tato osoba bere v potaz i pozitivně přijímá sociální standardy a očekávání, které si začlenila do svého auto-konceptu. Můžeme také říci, že sebehodnocení je síla, která organizuje, dává smysl a směr čtyř fundamentálním procesům pro vývoj jedince. Těmito procesy jsou: ubikace, identifikace, selekce a socializace. To přináší řád a organizaci v lidském životě, následně i psychickou pohodu a zdraví (Barroso, 1991).

2.2. Vývoj self-esteem

Nosné základy self-esteem se tvoří v dětství na základě zkušeností a daný jedinec si je nese celý život. Proto by rodič měl předávat dítěti koherentní realitu, respektovat ho a věřit v jeho hodnotu. Z výchovy je potřeba vynechat urážky, zesměšňování nebo vystavování emocionálnímu či fyzickému zneužití. Je důležité zmínit, že pokud eliminujeme negativní faktory, to neznamená, že se zvýší sebehodnocení. Stejně jako nepřítomnost utrpení neznamená pocit štěstí (Venegas Rubiales, 2008). Self-Esteem se během lidského života soustavně mění, záleží na individuálních prožitých zkušenostech. Je potvrzeno, že vysoké sebehodnocení se vyskytuje v dětském období. S největší pravděpodobností je to tím, že děti na sebe pohlížejí nerealisticky pozitivně díky rodičovskému nezištnému přijetí. V průběhu dospívání se míra sebeúcty postupně snižuje z důvodu negativní zpětné vazby či neúspěchů. Nejvyšší hodnotu self-esteemu můžeme pozorovat v dospělosti, kdy jedinec je na vrcholu svých sil.

S přibývajícím věkem se sebehodnocení negativně zhoršuje (Robins & Trzesniewski, 2005). Podle výzkumů jsou negativní emoce spojovány s depresí a nízkým self-esteem. Celkově ženy mají až dvakrát více předpokladů být depresivnější a úzkostnější. Na druhou stranu, ženy dokáží vyjádřit více radosti a životní satisfakce než muži (Nolen-Hoeksema, 2001). Self-esteem je ovlivňováno vnějšími i vnitřními faktory během celého života. Mezi vnější zdroje bereme v potaz prostředí jako je například: rodičovské přijetí, vliv spolužáků ve

škole, pracovní i partnerské uznání a respekt. Vnitřní faktory mají charakter individuální, jsou to osobní mety, charakter a temperamentové rysy člověka (Blatný, 2010). Denissen (2008) tvrdí, že self-esteem je primárně vázaný na vztahy s ostatními – co si o nás myslí, jak nás druzí přijímají. Interakce s druhými je dobrý prediktor self-esteem. Země a národy, kde je větší interakci mezi přáteli, mají větší míru self-esteem.

Podle autora Cristofer Mruk (2013) je **5 základních faktorů, co ovlivňují self-esteem:**

Genetické predispozice

Má se za to, že self-esteem je v základě spjat s temperamentem, který je vrozený. Zvýšené self-esteem jde ruku v ruce s pocitem štěstí (happiness) a subjektivní pohodou (well-being). Ty jsou komponenty extravertze.

Podpora (Support)

Velký význam má pro dítě podpora od nejbližších, která mu dodává kuráž, pocit výjimečnosti a pomáhá mu nacházet i rozvíjet vlastní hodnoty, zájmy.

Akceptace – bezpodmínečné přijetí

Rodiče vidí silné i slabé stránky dítěte, jeho potenciál i limity. Přijímají své dítě takové jaké je.

Očekávání a stálost (konzistence)

Pouze podpora a akceptace od nejbližších nemusí nutně vést k autentickému self-esteem. Může nám dát mylnou představu, že self-esteem je automatické a ne získané. Je potřeba si stanovit vysoké, ale ne však nesplnitelné cíle, které pomáhají vytvořit kompetenci. Jedinec si vytvoří představu, jaké chování je dobré a přináší výsledky. Základem je pozitivní očekávání a stálost a kontinuita.

Rodičovský styl výchovy

Rodiče, kteří jsou vnímaví, starající se produkují děti, co mají vyšší self-esteem.

Zároveň Lundgren & Rudawsky (1998) dodávají, že rodinné vztahy jsou obzvláště důležité u žen. Mají velký vliv na jejich depresivitu. Proto je velkým paradoxem fakt, že rodiče dávají více negativní zpětné vazby dívkám než chlapcům za stejné chování. Podle další teorie je pro self-esteem důležitých **10 následujících pilířů:** fyzický vzhled, fyzická kondice,

akademické výsledky, sociální akceptace, rodina, behaviorální strategie, emoce, personální self, self-satisfakce, morálka-etika. Fyzický vzhled je hlavním prediktorem u dívek. Během puberty dívčí self-esteem klesá, zato u chlapců zůstává stejné či se zvyšuje (Polce-Lynch, 1998). Ačkoliv dívky mívají lepší známky ve škole, neznamená to, že mají vyšší akademický self-esteem. Dívky v tomto odvětví mají na sebe vyšší požadavky a jsou více sebekritické (Lundgren & Rudawsky, 1998). V návaznosti na zmíněný koncept probíhala dlouhodobá studie na střední škole. Výsledky ukázaly, že studenti, kteří mají své self-esteem založené na fyzickém vzhledu a akademické kompetenci, mají později problémy s alkoholem, drogami a objevují se depresivní příznaky (Crocker, 2006). Zřejmý vliv na vývoj self-esteem mají na jedince každodenní situace. Jejich příčina je hodnocena z několika hledisek:

- vnitřní či vnější zdroj příčiny (situace ovlivnil daný jedinec či jeho okolí),
- dočasnost či stálost (zda se situace bude opakovat),
- nedostatek schopností či specifické okolnosti.

Pokud dotyčný vyhodnotí situaci jako neúspěch s vnitřními příčinami, která se bude opakovat a je způsobena jeho nedostatečnými schopnostmi, bude to mít vážný negativní dopad na jeho self-esteem (Osborne, 2014).

2.3. Proč se self-esteem důležitý

Přiměřeně vysoké self-esteem je důležité pro náš celkový rozvoj, nezbytný pro životní procesy a klíčový pro utváření mezilidských vztahů (Branden, 1995). Self-esteem má vliv na naše chování v práci a na to, jak jednáme s lidmi, na naše úspěchy, na vztah s partnerem, či nebližšími lidmi. Také jak vnímáme a jaký máme vztah vůči naší osobě a jaké úrovně štěstí můžeme dosáhnout. Přirozeně máme tendenci být v kontaktu s lidmi, kteří mají stejnou úroveň self-esteem jako my (Rubiales, 2008). Závislí pacienti se postupným sebeuvědomováním přijímají takový, jací jsou a tím **zvyšují i schopnost sebeovládání**. Vytvářejí si tak dobré základy na sebepoznání (Nešpor, 2007). Zvýšené self-esteem jim může pomoci s překonáváním překážek během jejich léčby a vypořádáním se s dosavadními neúspěchy. Zároveň jim také dodá sílu v pokračování si za svým cílem.

2.3.1. Lidé s vyšším sebehodnocením

Motivaci k vyššímu sebehodnocení můžeme rozdělit do dvou generalizovaných skupin:

1. Udržení self-esteem – kdy se snažíme vypořádat se stresem a úzkostmi. Zaujmeme novou adaptivní strategii.
2. Zvýšení a rozrůstání self-esteem (Mruk, 2013).

Člověk s vysokým self-esteem se přijímá takový jaký je. Sám sebe bere jako součást svého já a pozitivně hodnotí svoje tělo, chování, charakter či svojí minulost. Sebehodnocení je ve vztahu s pocity, myšlením, emocemi, sociálním okolím (Matsumoto, 2009). Lidé s vyšším sebehodnocením se projevují jako méně depresivní, nebojí se riskovat a berou překážky jako výzvu. Mají dobré sociální vztahy, netrpí pocity osamělosti. Zároveň **nemají sklony k alkoholovým či drogovým závislostem** (MacDonald & Leary, 2012).

Self-esteem je spojený s tím, jak dokážeme čelit těžkostem, nezdarům a různým limitům. Lidé s vyšším sebehodnocením pracují s větším odhodláním, umějí se překonávat díky vidině většího úspěchu. Záměrně se vystavují případným rizikům. Pokud se jim nezadaří, dokáží se poučit ze svých chyb. Naopak lidé s nízkým self-esteem neriskují a vyhledávají snadno splnitelné mety (Consuegra, 2010). Dokáží rozeznat svoje přednosti, slabiny a následovně s nimi pracovat (Kernis, 2006). Dále lidé s vyšším self-esteem se jeví jako jedinci více atraktivní s vyššími morální standardy, sofistikovaným chováním a se zájmem o zdraví životní styl. Je zjevná jejich autonomie a autenticita (Mruk,2013). Tito lidé jsou přirozeně více atraktivní, vyhledáváme jejich společnost a snažíme se jim přiblížit ve všech ohledech (Rubiales, 2008). Avšak Mruk (2013) také vidí negativní charakteristiky vysokého self-esteem jako je: úmyslné povyšování se nad ostatní, navazování krátkodobých vztahů, upřednostňování svých zájmů před ostatními, narcismus a v některých případech anti-sociální až násilnické chování. Autor z tohoto důvodu nabízí rozdělení pojmu na autentické self-esteem (pozitivní) a na defenzivní (negativní). Také bere v potaz mediální self-esteem, který definuje jako nižší stupeň vyššího self-esteem jako ideální. Lidé s vysokým self-esteem mohou mít nerealistickou představu o svých schopnostech či o jejich budoucnosti. Jsou hrdi na své úspěchy, neradi přiznávají své neúspěchy (Kernis, 2006).

2.3.2. Lidé s nižším hodnocením

Podle (Rubiales, 2008) lidé s nedostatečným či nízkým self-esteem jsou:

- autokritičtí – nejsou sami se sebou spokojeni,
- velmi citliví na kritiku ostatních – cítí se být dotčeni, viní za své chyby okolí,
- nerozhodní – ne protože mají nedostatek informací, ale bojí se splést se a poté nést odpovědnost,
- nedokáží říct ne,
- mají sklon k perfekcionismu,
- trpí pocity viny,
- a také depresivními tendencemi.

Jako další znaky nízkého self-esteem se uvádí: pesimismus, opuštěnost a odcizení od ostatních. Mají tendenci zveličovat chyby, negativní události. Zaměřují se na své negativní stránky, používají obranné strategie. Většinou mají konzervativní styl, který jim umožňuje autoprotekci. Nízké self-esteem bývá spojováno s nemocemi jako deprese, úzkostnost, potravní nemoci, sexuální dysfunkce, patologická stydlivost, pokusy o sebevraždu, **závislé chování** a další řada nemocí z dětství i dospělosti (Mruk, 2013).

2.4. Jak navýšit self-esteem (sebehodnocení)

6 základních pilířů zvýšení self-esteem podle Branden (1995)

1. „Žít vědomě“

-Znamená pokusit se být si vědom všeho, co souvisí s naším jednáním, úmysly, hodnoty a cíli. Být si vědom našich schopností.

2. Přijetí se

- Přijmout sám sebe, jaký jsem. Přijmout mé myšlenky, přání. Někteří lidé se nedokáží přijmout, a proto nemohou dosáhnout rozvoje, dokud se tohoto problému nezbaví.

3. Mít sám za sebe odpovědnost

- Potřebujeme mít kontrolu nad naším životem. Potřebujeme být odpovědní za mé chování, za celkový náš život.

4. Respektování svého self (afirmace)

- Respektovat svoje přání, potřeby, a hodnoty. Je potřeba hledat vhodnou formu, jak vyjádřit sám sebe v realitě.

5. Žít s cíli a produktivně

- Žít s cílem: například studovat, mít svojí rodinu, začít vlastní podnikání, věnovat se více přátelům.

6. Osobní integrace (ucelení)

- Ucelení si ideálů, norem. Do toho patří také integrace tj. propojení (kongruence) mezi myšlenkami a jednáním.

3. Self-efficacy (vlastní účinnost)

3.1. Význam pojmu a jeho definice

Self-efficacy hraje primární roli v procesu self-management. Má velký vliv na kognitivní, motivační a emoční stránku osobnosti. Vědomí vlastní účinnosti ovlivňuje sebe-regulační chování člověka. Jak moc si daná osoba myslí, že zvládne či nezvládne situaci, kolik do ní vynaloží energie, jaké očekává výsledky ze svého snažení (Bandura, 2003). Hodnota vlastní účinnosti má vliv na zvládání nových překážek, vypořádávání se s neúspěchem, formu myšlení (Bandura, 1997). Lidé s vyšší mírou self-efficacy si stanovují vyšší a obtížnější cíle, jsou flexibilnější při jejich zdolávání. Při kterékoliv komplikaci nepolevují, protože mají pocit kontroly nad situací. Také se dokáží lépe kontrolovat (Blatný, 2010). Když se člověk sám sebe považuje schopným, ukáže větší zájem a závazek. Vynaloží více úsilí a času. Plánuje si mety a tím pádem se automaticky zvýší jeho úsilí potřebné pro splnění cíle (Eccles & Wigfield, 2002).

Z teorie vychází, že self-efficacy ovlivňuje díky našim minulým zkušenostem:

- naše cíle, které si určíme,
- úsilí a námahu, kterou vynaložíme na dosažení našich cílů,
- jak moc lidé vydrží a zvládnou překonávat překážky,
- jakým způsobem dosáhneme cílů (Ryan & Deci, 2007).

3.2. Získání vědomí vlastní účinnosti

Podle Bandery (1997) můžeme vědomí vlastní účinnosti získat čtyřmi způsoby. Jedním je vlastní zkušeností (mastery experience), zástupnou zkušeností (vicarious experience), přesvědčováním (verbal persuasion) či úsudkem o vlastním fyzickém či citovém stavu (physiological and affective state). Je potřeba se zaměřit na úkoly ne tolik lehké, ale ne nespílitelné.

Vlastní zkušenost

Vlastní zkušenost je jednou z nejúčinnějších taktik získání vědomí vlastní účinnosti. Pokud dotyčný jedinec stojí před závažným problémem a dokáže ho vyřešit, dává mu to motivaci. Záleží na jedincově interpretaci situace, vložení úsilí, subjektivní obtížnosti problému a vnějších okolnostech. Pokud dotyčný usoudí, že dokázal vyřešit komplikovaný problém, vložil do toho hodně úsilí a dokázal docílit svého cíle, poté v příštím případě se nenechá odradit podobnou situací a dokáže se postavit i obtížnějším problémům.

Zástupná zkušenost

Situaci hodnotíme na základě, jak ji dokázali vyřešit ostatní lidé. Můžeme zde vidět princip sociálního srovnávání s druhými. Dotyčného motivuje příklad od ostatních. Důležité je, abychom vnímali, že máme podobné schopnosti a jsme v podobné situaci jako náš vzor. Tím pádem s daným člověkem sympatizujeme. I z tohoto důvodu vzhlížíme k lidem, kterými jsme chtěli být. Pozorování je jedna z efektivních strategií, co nás dovedou k našim cílům.

Přesvědčování

Přesvědčování od druhé osoby není tak autentické a účinné. Pokud uvěříme okolí, vynaložíme více energie, protože je nechceme zklamat. Motivace však nevychází z nás, ale z vnějšího okolí.

Přesvědčení o vlastním fyziologickém a citovém stavu

Na výkon má vliv náš tělesný i emoční stav. Pokud se dobře vyspíme a jsme pozitivně naladěni, máme větší pravděpodobnost podat vyšší výkon. Velice však záleží na toleranci, kterou máme proti frustraci (Ryan & Deci, 2007). Pokud dva lidé se stejnými schopnostmi dělají jednu práci, výsledek není totožný. Velkou roli zde hraje přesvědčení o vlastní účinnosti (Bandura, 1997). Křivohlavý (2009), také dodává, že člověk se již s určitou mírou self-efficacy sice rodí, je však velmi důležité ji během života posilovat. **Což se velmi hodí k úspěšným léčbám závislosti.**

3.3. Rozdíl mezi self-esteem a self-efficacy

Díky mnohým studiím se dozvídáme, že self-esteem a self-efficacy jsou ve většině případů spojovány s úspěchem, zdarem (Mruk, 2013) a také mají podíl na životní spokojenosti (Reina, Oliva, & Parra, 2010). Avšak Bandura (1997) klade důraz na základní rozdíl mezi self-esteem, který se zabývá vlastní hodnotou a self-efficacy, jenž se zaměřuje na schopnosti využít své kompetence. Zatímco self-esteem je personální sebehodnocení, self-efficacy má co dočinění s pocitem, který má dotyčný o své schopnosti dosáhnout určitého objektu či cíle. Jeden s druhým souvisí. Vnímaný self-efficacy ovlivní úroveň zapojení a vytrvalost dotyčného v realizování úkolů určité komplexnosti, které ovlivní jeho rozhodnutí (vyřešení), a to má následek na self-esteem (Schunk & Meece, 2006). Jak self-efficacy, tak self-esteem je celkově nižší u žen. Na formulaci self-konceptů má velký vliv dětství a dospívání (Walker, 2000).

Díky výzkumům jako například Abalde Amoedo, & Pino Juste (2016) a Rojas (2007) se našly pozitivní korelace mezi self-esteem, self-efficacy a výkonem ve sportu. Čím vyšší jsou oba dva jevy, tím je vyšší výkonnost a úspěšnost ve sportu. Díky tomuto výzkumu a mnoha

dalším je dokázáno, že psychologický rozměr ve sportu je velmi důležitý pro motivaci participantů.

3.4. Self-efficacy a zdraví

Zvýšená úroveň self-efficacy se ukázalo jako ochranná součást zdraví (fyzického a mentálního), celkového chodu co snižuje stres, psychickou vulnerabilitu a depresi mimo to zmírňuje jednání v afektu (Yeager, Schomer, Osborne, Letz, & DiIorio, 2006). Nízké self-efficacy má spojení **se ztrátou kontroly v závislosti** a zvyšuje schopnost se znovu stát závislým. Zanechání závislosti má pozitivní vliv na self-efficacy. Výzkumy zjistily, že lidem, kteří nekouřili více než 12 měsíců, se zvýšil statisticky významně self-efficacy. Zatímco ti, kteří dále kouřili, měli self-efficacy stejnou či nižší (West & Brown, 2013). Očekávaný self-efficacy může velice ovlivnit zdraví. Přes své motivační a emociální efekty modeluje biologickou reaktivitu vůči stresujícím stimulům. Motivující proměnné kognitivního charakteru, které determinují volbu chování, zátěž, námahu a vytrvalost ve vybraném chování, může regulovat pokusy opustit návyky nezdravé pro zdraví jako návykové chování. Nebo také ovlivnit rychlost a velikost rekuperace fyzických i psychických nemocí. Je zde úzká souvislost s hormony adrenalin, noradrenalin či samotnou imunitou (Cid, 1994).

4. Úzkost a úzkostnost

4.1. Vymezení pojmu

„Úzkost je strach bez předmětu, jedinec má strach, ale neví z čeho. Má pocit, že by s ním měl něco udělat, ale neví co.“ (Hartl, & Hartlová, 2000, s. 659)

Již od začátku dvacátého století se v psychologii jeví velký zájem o problematiku úzkosti, stresu, strachu, tenze atd. Dnes již víme, že úzkost má symptomy: psychické, kognitivní, také behaviorální a somatické. Úzkost je přirozenou součástí každého člověka. My všichni jsme ji již během života v určité intenzitě zažili. V obecné rovině je termín úzkost kombinací různých fyzických a mentálních manifestací, které se nevztahují k reálnému nebezpečí, ale vyjadřují krizi, stav zmatenosti, který může přijít až do panických stavů. Mohou být přítomny další charakteristiky jako obsesivní a hysterické symptomy, což zasahuje do klinické psychologie. Úzkost má blízko ke strachu. Zatímco strach je narušení naší rovnováhy, přičemž stimul je přítomný, úzkost se vztahuje k nebezpečí nepřítomnému, budoucímu, nedefinovanému či nepředvídatelnému. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Také v některých zdrojích můžeme narazit na zaměňování slov jako úzkost a stres.

Stres se definuje jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Úzkost je však reakce člověka na stres, pocitem napětí a obav z neurčitého ohrožení (Vágnerová, 1999). Janíček (2008) zmiňuje, že pocit úzkosti je naprosto individuální, nenapodobitelný a nepřenositelný. Jeho forma je naprosto jedinečná, odvíjí se od vlastností člověka a jeho zkušenostech. Z psychoanalytického hlediska se úzkost bere jako psychoneurotický boj. Je to produkt konfliktu mezi neakceptovaným impulzem a aplikovanou protisílou ega. Freud chápal úzkost jako nelibý afektivní stav, ve kterém se objevují fenomény jako obavy, nepříjemné pocity s myšlenky. Rozeznával tři typy úzkostnosti: vztah já a vnější svět, neurotická úzkostnost, morální úzkostnost (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). V mírné intenzitě však úzkost není považována za patologický projev. Může mít motivující účinky na člověka, pomůže mu něco změnit, u někoho také tlumí projevy nepřátelství. Úzkost lze zmírnit tělesným cvičením, relaxací, psychoterapií a u těžších stavů se využívá farmakologie (Hartl & Hartlová, 2000).

4.2. Rozdělení úzkosti

Z pohledu psychologie osobnosti můžeme rozdělit úzkost na osobní rys či stav. Z pohledu osobního rysu (neurotická persona) se jedná o individuální tendenci reagovat úzkostnou formou, která je dána geneticky či díky interpersonálním zkušenostem získaným především v raném dětství. Úzkostnost se vyskytuje u neurotických osob. Je založeno na nesmělosti, bázlivosti ve všech typech situací. Stav úzkosti se aktuálně odvíjí od konkrétní emoce a její intenzity, také se mění v čase. Dále můžeme rozdělit úzkost na vnější a vnitřní. Vnější úzkost je způsobena vnějšími konflikty, jež jsou osobního či psychosociálního rozměru. Vnitřní úzkost je autonomní a nezávislá na stimulech z okolního prostředí. Vnitřní úzkostnost je odpovědná za panické ataky a fobie (Miguel-Tobal & Casado, 1999).

4.3. Projevy patologické úzkosti

Jak jsme již zmínili, úzkost má symptomy: psychické, behaviorální, somatické a kognitivní, mezi ně například patří (Szymanská, 2015):

Psychické projevy jsou:

- bezradnost,
- neschopnost uvolnit se,
- strach z vědomé či nevědomé příčiny,
- snížené libido.

Behaviorální projevy:

- viditelný třes,
- neschopnost odpočívat,
- neklid,
- lekavost,
- podezíravost,
- agresivní chování,
- okusování nehtů, škrábání se,
- napjatý hlas, vzdychání, tichá mluva.

Somatické projevy:

- bolesti, svírání na hrudi,
- obtížné dýchání,
- návaly horka a chladu,
- nucení k močení nebo defekaci.

Kognitivní projevy:

- ostražitost,
- zvýšené nabuzení,
- obtíže s koncentrací,
- katastrofické myšlenky,
- traumatické vzpomínky,
- nadměrné obavy a starosti.

Podle Honzáka (1995) úzkost se stává patologickou, když její velikost i časové rozpětí není úměrné k vyvolávajícímu podmětu, způsobuje nekontrolované a neovladatelné ataky panik. Kast (2012) tvrdí, že nemáme před úzkostí utíkat. Je potřeba se ptát, co před námi úzkost skrývá. Není dobré se dále nechat touto úzkostí omezovat a dát jí sílu utvářet náš život. Postupným časem si člověk vybuduje pocit důvěry, se kterým se dá žít klidněji, v ruku v ruce s tím, co nás zúzkostňuje.

4.4. Úzkost a závislost

„V situacích, které člověk nemůže vyřešit stylem „útok nebo útek“, pomůže úzkost rozpustit alkohol či drogy.“ (Hartl, & Hartlová, 2000)

Stresové situace vyvolají personální či sociální poruchu (nesoulad). S touto intenzitou stresu se jedinec nedokáže vyrovnat, a tím je vyvoláno reakce úzkosti. Ta zapříčiní závislost na návykových látkách, které „pomáhají“ překonat danou situaci (Del Moral, Fernández, Ladero, & Lizasoain, 1998). Dále se projevují sociální maladaptace či poškození emocionální exprese (Mustaca & Kamenetzky, 2006). Mezi symptomy již zmíněného alkoholismu mimo to patří vysoká úzkostnost, vznětlivost, strach atd. Aby se daný člověk ušetřil těchto symptomů, pokračuje v konzumaci alkoholu.

Z mnoha studií vyplývá, že úzkostnost a deprese jde ruku v ruce s alkoholismem. Alkoholici se charakterizují vysokou úrovní úzkostnosti hlavně v sociálních situacích (Pérez-Nieto, 2005). Mezi 30% až 70% pacientů v protidrogových a alkoholových léčebnách trpí úzkostí a různými fobiemi. 20% až 45% pacientů, kteří se léčí na úzkostnou poruchu měli v minulosti problémy s alkoholem (Casas y Guardia, 2002). Podle výzkumu Pérez-Rial, Ortíz, & Manzanares (2003), muži, kteří po alkoholovém a drogovém léčení dokázali být střízliví, vykazovali nižší míru úzkosti a větší kontrolu, než tomu bylo na počátku měření ještě v psychiatrické léčebně.

5. Závislost

„Alkohol a drogy jsou v mnohém jako násilnický milenec. Nejdříve se k Vám chová hezky, poté Vás bije a nakonec se omlouvá. Toto vše se opakuje. Kvůli tomu dobrému přezíváte do špatné.“ (Estés, 1995 s. 192)

5.1. Definice závislosti

Závislost je patologický vztah, který se naváže mezi organismem a látkou. Časté a nekontrolované užívání vede k intoxikaci a dále ke konzumaci látky ve větším množství. (Hartlová & Hartl, 2000). Alkohol je hlavní prioritou před ostatními aktivitami a povinnostmi. (World Health Organization, 1993). Závislost se vyznačuje nekontrolovatelností, kompulzivním hledáním a užíváním drog. To přetrvává i přes negativní dopad na zdraví a sociální následky. Toto chování je hůře kontrolovatelné než fyzická závislost, která tvoří základ pro abstinenský symptomy (Baler & Volkow, 2006). Mezi další znaky závislosti patří: tělesný odvykací stav, zanedbávání jiných potěšení a zájmů, stereotypy v každodenním životě, provází ztráta sociálních kontaktů. Psychická závislost provází poruchy motivace a je behaviorálního charakteru (Nešpor, 2007). Ethanol působí přímo jako represor na centrální nervový systém, proto se poživateli alkoholu zhoršují reflexi, paměti koncentrace. U dlouhodobého požívání dochází k amnézii, poškození mozku, poruchy snů, křeče a další (Lombardo, 1997). Drogy a alkohol také negativně ovlivňují fyziologické procesy, které slouží pro učení, rozhodování, emocionální a behaviorální kontrolu (Lu, et al., 2004).

5.2. Diagnóza syndromu závislosti

Podle DSM-III-R kritéria pro určení diagnózy syndromu závislosti je zapotřebí minimálně tři ze zmíněných bodů (Goodman, 1990):

1. Substance je konzumovaná ve větších dávkách a delších periodách, než byl původní záměr dotyčného – příčina je bažení.
2. Neustálá potřeba konzumace a ztráta kontrolou nad ní.
3. Strávení mnoha času nad vyhledáváním látky, užitím látky a dostávání se z efektů.
4. Projevení se abstinenciálního syndromu a kvůli tomu neplnění každodenních povinností (nechození do práce, či školy).
5. Zanedbávání sociálních vztahů, sebe samého a svých zájmů.
6. Pokračování v konzumaci látky i přesto, že látka způsobuje sociální, psychologické a fyzické problémy.
7. Po delší době je potřeba zvýšení dávky, aby nastala intoxikace či vytožený efekt.

8. Abstinenční příznaky.
9. Užívání látky za účelem vyhnoutí se abstinenčním příznakům.

Některé příznaky přetrvávají minimálně 1 měsíc a jiné se objevují opakovaně po delším časovém intervalu.

5.3. Modely závislosti

Odborníci se již během mnoho let snaží vysvětlit hlavní příčinu vzniku závislosti. Ve většině případů se jedná o komplexní soubor různých faktorů, jenž působí na jedincovo chování a prožívání (Kalina, 2003). Vzniklé teorie rozdělujeme do modelů, které vysvětlují závislost z jiných pohledů a na tomto základě nám nabízejí možnosti léčby. V následujícím textu jsme vybrali pouze některé hlavní modely.

5.3.1. Biomedicínský model

Z biomedicínského pohledu je drogová závislost chorobnou poruchou mozkových funkcí s dědičnými dispozicemi. Předpokládá se, že je to nemoc chronická, obtížně vyléčitelná s častými recidivami. Je léčitelná za podmínek stálé abstinence, tomu odpovídá například: ústavní izolace, detoxikace a léčba prací. V posledních letech je biomedicínský model nahrazen bio-psycho-sociálním modelem (Kalina, 2003). Poslední výzkumy dokazují, že většina drog vyvolává umělým zvýšením dopaminu v limbickém systému, který ovlivňuje neurotransmiterový systém a vede k charakteristické plastické adaptaci. Je prokázáno, že následkem je přerušení obvodu, které tvoří základ pro sebe-kontrolu. Základní změny jsou patrné v „odměnách“, motivace (drive), přizpůsobování se, v inhibici kontroly. Proto by léčení závislostí měly být zaměřeny na redukci odměn drog a dále by se měly zaměřit na alternativní posilovače i posílit kognitivní kontrolu.

Autoři také došli k názoru, že proces závislosti narušuje nervové dráhy, což má za následek neschopnost sebe-kontroly či nerozhodnost (Baler & Volkow, 2006). Dále alkohol krátkodobě zvyšuje produkci inhibitorského efektoru neurotransmitoru GABA, odpovědného za stav uklidnění a snížení úzkosti. Pokud konzument přeruší pravidelnou dávku alkoholu či drogy, spustí se inhibice neurotransmitoru GABA a spouští se abstinenční syndrom a kompulzivní přání požití alkoholu (Pérez-Rial, Ortíz, & Manzanares, 2003). Jedinec má také díky konzumaci drog a alkoholu deficit endorfinů, má tedy tendenci ke zvýšení konzumace návykových látek (Washton & Zweben, 2008). Martínez-González et al. (2014) se zmiňuje o

plasticitě mozku. Je to schopnost, kdy se změní struktura, funkce v odpovědi na změny prostředí či organismu. V rámci alkoholové a drogové závislosti se mění neuroadaptace ve frontálně limbickém systému, jenž řídí řízené chování a mety. V rámci neuropsychologické rehabilitace je potřeba využít potenciálu reorganizace těchto neuronových sítí, aby se docílilo rekuperace stimulů specifickým cvičením.

5.3.2. Bi-psycho-sociální model

Bio-psycho-sociální model rozvíjí předchozí teorii o psychické funkci a dynamických vztazích mezi lidmi. Důležitými faktory jsou genetické dispozice, zranitelnost (která se vyvíjí během celého života v závislosti na dispozicích) a spouštěče (například: důležitá životní událost). Tyto tři faktory vedou k manifestaci poruchy. Léčení závislosti v kontextu tohoto modelu zahrnuje: detoxikaci, farmakologické léčby doprovázené nejrozličnějšími psychosociálními terapiemi (individuální, skupinové, rodinné a terapeutické komunity).

Již několik desetiletí je tento model nejpoužívanější strategií v léčbě drogových závislostí. Ve svém konceptu zahrnuje poznatky přírodních, psychologických, společenských a medicínských věd. Cílem tohoto modelu je překonat závislost a tím pádem se uzdravit (Kalina, 2003). Díky léčbě ve skupině jsou změny velmi rychlé a přirozené. Pacienti se vzájemně spojí, aby dosáhli svých cílů. Motivují se, inspirují a čelí problémům společně. Terapie ve skupině jsou velmi účinné pro lidi s problémy s alkoholem. S tímto je spojeno sociální stigma, cítění studu. Důležitý je pocit přijetí, optimismus a možný úspěch rekuperace. Na druhou stranu je také nutné rozeznat, kdy pacient potřebuje individuální terapii. Během terapie ve skupině nemají všichni prostor pro vyjádření či je tempo terapie příliš rychlé (Washton & Zweben, 2008).

5.3.3. Sociální a sociálně-pedagogický přístup

Ve zmíněném modelu se dává velký vliv vnějším faktorům jako: neschopnost navázání sociálních vztahů, nevhodná výchova a sociální prostředí, absence sociálních dovedností a schopností. Mezi praktikované metody patří:

- sociální a výchovné poradenství;
- resocializace, reedukace a rekvalifikace;
- nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy a pracovních dovedností (chráněné dílny a bydlení).

Daný model je prací aplikovaných sociálních a pedagogických věd, do které nezasahují zdravotnické profese. Můžeme zde počítat s dobrovolnictvím, charitou (Kalina, 2003).

5.3.4. Další přístupy

Mezi další přístupy v modelu závislostí zmíníme na příklad **přístup morální a spirituální**. Tento model praktikuje sociální a sociálně-pedagogické postupy se spirituálním nádechem. Klade se důraz na morální hodnoty, oddanost vůči víře, vedení duchovního života. Je doprovázen misijními akcemi v oblastech zasaženými sociálními problémy a kriminalitou. Jako příklad je *Hnutí Anonymních alkoholiků*. Poslední dobou je velmi vyhledávaný tzv. **celostní model**. Vychází z bio-psycho-sociálního modelu, který je obohacen o alternativní terapii. Jako je například: holotropní dýchání, aromaterapie, akupunktura, homeopatie (Kalina, 2003).

5.4. Kdo se stává závislým?

Výzkumy potvrzují, že lidé se stávají závislými na účinky drog, které jim v danou chvíli pomáhají vyřešit jejich přítomný problém (např. nízká sebeúcta či sebevědomí, nejistota, pocit odcizení a samota, selhání, absence lásky, deprese, nuda), či díky nim mohou získat něco, co jim chybí (odvaha, uvolnění, moc, vzdor, únik, poznání). Základních šest kategorií charakterizuje důvody závislostí:

1. Díky nim máme větší kontrolu, moc nad sebou i ostatními.
2. Dávají nám přístup k poznání a tím přispívají i k vlastnímu vývoji a poznání smyslu života.
3. Odstraní nepříjemné pocity, méněcennosti a neschopnosti.
4. Vyvolávají příjemné stavy a intenzivně smyslné zážitky.
5. Sociální přijetí od členů, co danou drogu užívají.
6. Konzument se snaží potlačit symptomy určité nemoci (Frouzová, 2003).

5.5. Prevence závislostí

Nešpor (2012) zmiňuje, že je prvořadě snažit se oslabit působení rizikových činitelů a soustředit se na faktory, které můžeme ovlivnit. Důležitou roli hrají výchovné styly. Autor doporučuje během dětství krátké rodičovské intervence, co zahrnují: posuzování stavu dospívajícího, pokyny vyhnout se drogám, posilování motivace a trávení více času s dětmi. Je potřeba: získat důvěru dítěte, hovořit o alkoholu úměrně jeho věku, organizovat dítěti čas a

předcházet nudě, posilovat sebevědomí dítěte (povzbuzovat a chválit), pomáhat nacházet hodnoty pro dobré sebeovládání a duchovní hodnoty, vytvářet zdravá rodinná pravidla.

Závislost je úzce spojena s ekonomickou deprivací, kulturními a regionálními vlivy. Nejvíce se závislost projevuje u lidí s antisociálním chováním, úzkostností a depresivními symptomy. Znatelně negativní vliv má také sexuální a psychické obtěžování (Wes, & Brown, 2013).

5.6. Cíl léčby

Léčba alkoholové a protidrogové závislosti by podle Martínez-González, et al. (2014) měla obsahovat následující body:

- zachovávat si pozitivní přístup a vedení pacienta k udržení abstinence;
- pacient dodržuje strukturu léčby a spolupráci s terapeutem;
- pacient si musí uvědomit, že se nenachází pouze v boji proti závislosti, ale i v boji proti jiným psychickým problémům;
- dát pacientovi příležitost poznat sám sebe, akceptovat se a na základě svých předností se postavit závislosti;
- docílit, aby pacient navazoval zdravé vztahy;
- pacient se postaví svým nedokonalostem, žije život bez pesimismu a pocitu ublížení;
- pacient je schopný kontrolovat svoje kompulzivní chování;
- pacient je obklopen nejbližšími, kteří mu pomáhají během jeho léčby
- během léčby se zvyšuje pacientovo očekávání, self-efficacy a snižuje úzkostnost
- pacient umí předvídat problémy a dokáže na ně najít řešení.

Cíl psychologické léčby závislostí podle Brika (2011) je:

- plánovat abstinenci jako cíl, který bude trvat celý život a akceptovat to;
- přijmout změnu v sebevnímání, zvýšit self-esteem, zlepšit a navázat nové interpersonální vztahy, začlenění se do společnosti a zvládání vlastních emocí;
- najít si nové zájmy a smysl života, dokázat uzavřít dřívější cykly a začít žít nové;
- zlepšit kvalitu svého života, po stránce materiální a duchovní.

Až 38% pacientů se vrátí znovu ke konzumaci drog či alkoholu kvůli své vznětlivosti, úzkosti, depresi a pocitu prázdnoty. Z 18% je to způsobeno konfliktem v rodině či sociální nátlak (Brik, 2011). Existuje mnoho programů, které se věnují drogové a alkoholové prevenci. Je potřeba se zaměřit na komplexní proces, v němž hrají hlavní roli trvalé procesy jako např.

charakter osobnosti, genetické faktory, charakteristika konzumovaných drog, self-efficacy. Dočasné faktory jsou více citlivé a jsou spojené s přímým konzumem drogy. Jsou to určité kognitivní a emocionální procesy jako úzkost, craving, změny v očekávání, motivace a self-esteem (Martínez-González, et al., 2014).

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

6. Cíle výzkumu

Výzkum mé bakalářské práce byl zaměřen na pacienty proti drogové a alkoholové léčebny Červený dvůr. Cílem bylo zjistit, zda vedené hodiny latinsko-amerických a standardních tanců budou mít vliv na self-esteem, self-efficacy a úzkostnost pacientů během jejich léčby.

6.1. Výzkumný problém

Jak jsme se dozvěděli v úvodní teoretické části, drogově a alkoholově závislí pacienti mají celkově nízké self-esteem, self efficacy a zvýšenou úzkostnost. Pozitivní změna těchto psychických rysů může klíčově přispět v úspěšné léčbě pacientů. V nadcházející části jsme vybrali několik odborných publikací či výzkumů týkající se našeho tématu.

Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review (Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012)

Autoři nám nabízí širokospektré shrnutí výzkumů, které se zabývaly pozitivních efektů tance na fyzické a psychické onemocnění. Mezi ně patří například: rakovina prsa, demence, Parkinsonova nemoc, diabetes, deprese. Tanec obecně zlepšuje sociální, fyzickou a psychickou lidskou pohodu. Je zde zmíněn pozitivní vliv na neurohormonální úroveň, kdy adolescenti, s průměrným věkem 16 let, s diagnostikovanou střední depresí se dobrovolně zúčastnili tanečního výzkumu po dobu dvanácti týdnů. Experimentální skupině (n=20) se statisticky významně zvýšila v plazmě koncentrace serotoninu a snížila koncentrace dopaminu v porovnání s kontrolní skupinou (n=20), která nenavštěvovala taneční hodiny. To poukazuje na snížení psychologického distresu.

Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study (Haboush, Floyd, Caron, LaSota, & Alvarez, 2006)

Během dalšího tanečního výzkumu se účastnilo 20 lidí s depresí v průměrném věku 69,38 let z toho 67% byly ženy. Byla zvolena Geriatrická depresivní škála (1983), Beckova škála beznaděje (1974) a škála vlastní účinnosti od Bandury (1977). Účastníci chodili jednou za týden po dobu 8 týdnů na hodiny tance. Testy byly zadány před první a po poslední taneční hodině. Byly zaznamenány pozitivní změny u self-efficacy, pocitů beznaděje i u symptomů deprese.

The effects of guided systematic aerobic dance programme on the self-esteem of adults (Tihanyi Hos, 2005)

Ženy (n=25) střední věku chodily celý rok jednou týdně na aerobické tance. V porovnání s kontrolní skupinou (n=28) se jim výrazně zlepšilo self esteem, self image a fyzická kondice. Také byla velmi pozitivně hodnocena samotná atmosféra mezi ženami.

Effects of dance on anxiety (Lesté & Rust, 1990)

Autoři Lesté, A. & Rust, J. (1990) provedli výzkum na studentech, kteří se věnovali matematice, sportu, modernímu tanci či muzice během tří měsíců. Jejím záměrem bylo zjistit, při jaké aktivitě se bude snižovat míra úzkosti. Ta byla měřena pomocí Spielbergova State-Trait Anxiety Inventory. Výsledek ukázal, že vlivem sportu a tance se výrazně snížila úroveň úzkosti, zatímco věnováním matematice a hudbě měla opačný efekt.

Tabulka 1 popis dosažených hodnot během výzkumu Lesté & Rust, 1990

Table 1
STAI State Anxiety for Four Groups Measured
Pre- and Post-treatment, Together With Change Scores,
Their Standard Deviations, and Standard Errors

Group	N	State Anxiety: Ms			SD	SE
		pre	post	change		
Dance	23	45.5	37.7	-7.8	8.4	1.75
Sport	16	42.3	40.7	-1.5	8.7	2.17
Music	7	39.8	42.8	3.0	20.7	7.81
Mathematics	38	37.7	38.6	0.9	8.8	1.42

Zdroj: Lesté & Rust, 1990

The Examining the Effects of 12-Week Latin Dance Exercise on Social Physique Anxiety: The Effects of 12-Week Latin Dance (Adilogullari, 2014)

Dalším výzkumem Adilogullari (2014) dokázal, že latinské tance během 12 týdnů snížily sociální psychickou úzkost u studentů vysoké školy. Díky tanci měli studenti možnost vyjádřit emoce vlastním stylem, vyjádřit sebe sám bez slov a součástí byla i socializace. Také měli možnost se na chvíli odpoutat od úzkosti a stresu denního života.

Z výše uvedených výzkumů vyplývá, že tanec jako takový pozitivně ovlivňuje self-esteem, self-efficacy, úzkostnost a jiné. Naším úkolem bylo tedy zjistit, zda tento fakt se dá ověřit i u závislých pacientů.

Nenašli jsme žádnou publikaci, která by se zabývala přesně stejným tématem jako my. Díky tomu, je však otevřené pole působnosti pro další výzkumy. Podařilo se nám vyhledat některé

výzkumy, týkají se tanečně pohybové terapie v kontextu závislosti, které se zabývají pojmy jako self-esteem, self-efficacy a úzkostnost. Jsme však toho názoru, že naše taneční hodiny byly vedeny zcela odlišným stylem, mají jiný záměr i prostor pro improvizaci není totožný. Tanečně pohybové terapie by měly být vždy vedeny zkušeným terapeutem a jsou přímo zaměřené na vlastní prožitek. Naše hodiny byly vedeny tanečními mistry, kterým se podařilo vytvořit inspirující a přátelské prostředí.

6.2. Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumné hypotézy se dají zařadit do dvou hlavních výzkumných otázek. První výzkumná otázka se zabývá změnou zkoumaných rysů před začátkem první a po ukončení čtvrté taneční hodiny u experimentální skupiny. Druhá výzkumná otázka poté řeší srovnávání změn u experimentální a kontrolní skupiny, tím zkoumáme přímo vliv tance na pacienty. Pro obsáhlost získaných dat bylo tedy důležité si nakonec upřesnit zaměření samotného výzkumu a držet se daných hypotéz.

V1. Jaký vliv má terapeutické působení včetně vedených hodin společenských a latinsko-amerických tanců na zkoumané rysy u závislých pacientů?

H1: Míra **self-esteemu** je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Dílčí hypotéza 1: Míra self-esteemu je **u žen** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Dílčí hypotéza 2: Míra self-esteemu je **u mužů** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

H2: Míra **self-efficacy** je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Dílčí hypotéza 3: Míra self-efficacy je **u žen** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Dílčí hypotéza 4: Míra self-efficacy je **u mužů** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

H3: Míra **úzkostnosti** je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Dílčí hypotéza 5: Míra úzkostnosti je **u žen** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Dílčí hypotéza 6: Míra self-efficacy je **u mužů** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

V2. Existuje statisticky významný rozdíl ve zkoumaných rysech u zkoumané a kontrolní skupiny?

H4. Změna self-esteem je statisticky významně **vyšší u experimentální než u kontrolní skupina.**

H5. Změna self-efficacy je statisticky významně **vyšší u experimentální než u kontrolní skupina.**

H6. Změna úzkosti je statisticky významně **nižší u experimentální než u kontrolní skupina.**

7. Metodologický rámec

V rámci povahy výzkumných hypotéz byl zvolen kvantitativní typ výzkumu, experimentální design. Zaměřili jsme se především na porovnání výsledků testové baterie varianty tužka papír před první a po čtvrté vedené taneční hodině v PL Červený Dvůr. Následně poté je experimentální skupina porovnávána s kontrolní skupinou, která neměla v programu zahrnuté taneční hodiny.

7.1. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Výzkum bakalářské práce se celý odehrával v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Ta byla založena roku 1966 jako specializované zařízení na střednědobou ústavní léčbu závislosti na návykových látkách a patologickém hráčství. Kapacita je zde 103 lůžek, ročně však projde terapeutickým zařízením 550 až 750 pacientů. PL Červen Dvůr je zřizovanou organizací Ministerstva zdravotnictví ČR.

Léčebna poskytuje:

- střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách;
- dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství;
- detoxikaci a detoxifikaci;
- rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých léčbách zmíněných výše;
- krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu;
- krátkodobé motivační (tzv. opakovací) pobyty v rámci následné péče.

V průměru se zde nachází 54% pacientů se syndromem závislosti na alkoholu, 41% pacientů se závislostí na drogy a 5% pacientů se syndromem patologického hráčství (skladba léčených pacientů v roce 2013). Během léčby se udržuje zcela bezdrogové prostředí, spolupracuje se při všech terapeutických aktivitách a je zde přísný zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevu rasismu, sexismu a jakékoli formy nesnášenlivosti. Funguje zde bodový systém, který je upraven pro pravidla chodu léčebny, terapeutického režimu i každodenního života. Léčba je dobrovolná, avšak opakovaný příjem je umožněn po 3 měsících odchodu pacienta.

Jsou zde 4 druhy léčebných programů:

- Komplexní odvykací léčba (oddělení A, B, C) – léčba se odehrává v komunitním prostředí, kde pacienti chtějí dosáhnout maximálních léčebných cílů.
- Stabilizační léčba (oddělení A, B, C) – je první fází odvykací léčby, kde pacienti z nějakého důvodu nemohou pokračovat v komplexním odvykacím programu.
- Krátkodobá stabilizace na oddělení 3D – je pro pacienty, kteří mají čas jen na krátkou stabilizaci.
- Dlouhodobá léčba na oddělení 3D – zde je místo pro pacienty, co mají potíže v komunitně organizovaném strukturovaném programu. Tato léčba umožňuje dopravit pacientům léčbu s individuálním zaměřením.

Každá léčba začíná přijetím pacienta na oddělení 3D, kde má dojít k detoxikaci a celkové tělesné i duševní stabilizaci. Dále se zmapují potřeby a možnosti pacienta pro následující léčbu. Zde je tedy rozhodnuto, kam bude následně pacient pokračovat, zda například do stacionáře místní komunity či do oddělení 3D. V první fázi v komunitním prostředí se postupným zvykáním pacient stabilizuje a zabývá se problémy spojenými s jeho závislostí.

Má omezený kontakt s vnějším prostředím. Ve druhé fázi během 4. – 12. týdnu se otevřeně pracuje ve skupinách, podílí se na chodu komunity. V závěru se dělají plány do budoucnosti také například konkrétní doléčovací program. Součástí léčby bývají aktivity režimové – vedoucí k dodržování pravidel a odpovědnosti. Dále terapeutické aktivity sloužící ke zkvalitňování terapeutického vztahu i vztahů v celé léčebně například arteterapie, psaní deníku či různé přednášky, workshopy. Celá léčba trvá od 3 do 5 měsíců. Celá léčba je „šitá pacientovi na tělo“, a proto záleží přímo na dohodě s terapeutem.

Podmínky přijetí do léčby

Pacienti jsou povinni splňovat následující kritéria:

- věk minimálně 18 let;
- syndrom závislosti jako hlavní diagnóza;
- psychický a somatický stav nevyžadující jinou okamžitou speciální léčbu a umožňující plné zapojení do všech aktivit;
- motivace k léčbě (je-li motivace před zahájením odvykací léčby vůbec možná).

K přijetí pacienta do léčebného programu je zapotřebí doporučení odborníka, který se specializuje na léčbu závislosti (Červený Dvůr: *Rozšířené léčebné možnosti* (2017). (online). Získáno 4.2.2018 z <https://cervenydvor.cz/>).

7.2. Časový harmonogram

Celkové výzkumné šetření bylo realizováno od října 2016 do dubna 2018 v Psychiatrické léčebně Červený dvůr. Samotné testování experimentální skupiny proběhlo od října 2016 do července 2017. Následné testování kontrolní skupiny se uskutečnilo od ledna 2018 do dubna 2018. V průběhu výzkumného šetření byl také prostor na vyhodnocování dotazníků a statistické zpracování. Data probandů byla zpracovávána průběžně během výzkumu. V neposlední řadě byl také čas věnovaný závěrům a diskuzím výzkumného projektu.

7.3. Průběh sběru dat

Pacienti Psychiatrické léčebny Červený Dvůr dostávali testovou baterii před první taneční hodinou, tedy během svých prvních 14 dní léčby. Po druhé a zároveň naposled vyplňovali stejnou baterii testů po skončení čtvrté vedené taneční hodiny. Sběr dat byl zhotoven za pomoci zaměstnanců léčebny a jejich pacientů. V každé skupině byly pověřené osoby, co se

starali o zmíněné zadávání a výběry testů. Jednalo se tedy o záměrný výběr přes instituci. Během deseti měsíců jsme vybrali více než 180 testů. Bohužel díky častému odchodu pacientů v průběhu léčby a občasně nepravidelnosti tanečních hodin, byl konečný stav probandů snížen na 46. Ti, kteří se tanečních hodin neúčastnili pravidelně, byli z výzkumu vyloučeni.

Pacienti také byli seznámeni s průběhem výzkumu. Na začátku testové baterii probandi vyplnili své pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, typ závislosti a svůj postoj k tanci. Vyplnění nebylo v časové tísní. Do výzkumu byli zapojeni všichni pacienti s diagnózou syndromu závislosti na alkoholu či drogách. V Psychiatrické léčebně Červený Dvůr se také vyskytují pacienti s diagnózou patologického hráčství. Ti se však v našem výzkumu neobjevili.

Kontrolní skupiny se zúčastnilo 29 probandů (10 žena a 17 mužů) z nichž dva byli vyřazeni z neúplného vyplnění testů a pro závislost na automatech. Kontrolní skupina dostala stejnou testovou baterii během svých prvních čtrnácti dní v léčebně. Během léčby se pacienti účastnili stejných aktivit jako pacienti z experimentální skupiny, kromě vedených hodin tance. Po dvou měsících, což odpovídalo čtyř hodin tance, vyplňovali po druhé testovou baterii.

7.4. Popis tanečních hodin

Taneční hodiny byly vedeny profesionálními tanečníky dobrovolně. Hodiny probíhaly v reprezentačním sále PL Červený dvůr. Pokud mluvíme o jedné taneční hodině, je tím míněno celý den strávený taneční výukou, která probíhala okolo 6 hodin s přestávkami. Začínalo se rozehráním a opakováním tance z minulé hodiny. Poté přišel na řadu nový tanec. Hodiny byly prokládány profesionálními ukázkami, našel se také prostor pro volný styl tance pacientů. Pacienti během tanečních hodin seděli v kruhu a sami se mohli rozhodnout, kdy se se připojí k tanci. Účast na hodin tance byly povinné. Kdo se však nechtěl aktivně účastnit, mohl jen sedět v kolečku a pozorovat své kolegy.

Taneční mistři během lekcí dbali i o nauku estetiky a to zejména, jak by se měli chovat muži k ženám. Během vybraných hodin si pacienti mohli vyzkoušet profesionální taneční šaty či přímo se zúčastnit taneční soutěže.

Při výběru dat experimentální skupiny taneční hodiny probíhaly jednou za čtrnáct dní, vždy v sobotu celý den. V období od ledna do druhé poloviny dubna 2018 se taneční hodiny nekonaly, z důvodu testování kontrolní skupiny.

7.5. Etika výzkumu

Vedené hodiny latinsko-amerických a standardních tanců byly již dříve zahrnuty v náplni PL Červený dvůr jako terapeutická aktivita. Pacienti byli předem informováni o zavádějícím výzkumu. V úvodu testové baterie byl pospán ve stručnosti záměr výzkumu a jeho využití. Na závěr testové baterie bylo připojeno poděkování zúčastnění se. Pokud se našel pacient odmítající tančit během vedených hodin, nemusel se aktivně zúčastnit tanečních lekcí.

Aby se osobní údaje účastníků zachovaly v anonymitě, byl každému přiřazen identifikační znak tvořen z písmen jména a příjmení daného probanda, které bylo stejné pro první a druhé testování.

7.6. Výzkumný vzorek

Z počátku se výzkumu v experimentální skupině zúčastnilo přesně 182 pacientů a to konkrétně celkem 52 žena a 130 mužů. Bohužel, 142 pacientů bylo vyřazeno z důvodu přerušení léčby či vynechání tanečních lekcí. Dalších 4 pacienti nebyli zahrnuti z neúplného vyplnění testové baterie. Nakonec jsme tedy pracovali s experimentální skupinou s 46 probandy, z toho 13(28%) žen a 33 (72%) mužů. Jejich průměrný věk je 39,8 let. Více detailů je zmíněno v tabulce 2.

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného vzorku

	n	Průměrný věk	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	39,33	37	10,804	66	25
Ženy	13	41	41	14,151	67	23
Celkem	46	39,8	38	11,706	67	23

zdroj: vlastní výzkum, n = 46

V tabulce číslo 3 máme podrobně rozepsáno složení závislostí. Celkem jsme pracovali s 26 lidmi závislými na alkoholu, 11 na drogách a 9 lidí trpělo oběma závislosti najednou. Do výzkumu nebyli zahrnuti patologičtí hráči pro jejich nedostatek.

Tabulka 3: Charakteristika výzkumu vzorku dle typu závislosti

	Alkohol	Drogy	Alkohol a drogy
Muži	16	8	9
Ženy	10	3	0
Celkem	26	11	9

zdroj: vlastní výzkum, n=46

V tabulce číslo 4 jsou údaje o vzdělání experimentální skupiny. Celkem má 19 respondentů vystudovanou základní školu, 24 střední či odbornou školu a 3 vysokou školu.

Tabulka 4: Charakteristika výzkumného vzorku dle nejvyššího dosaženého vzdělání

	Základní škola	Střední či odborná škola	Vysoká škola
Muži	15	17	1
Ženy	4	7	2
Celkem	19	24	3

zdroj: vlastní výzkum, n= 46

V následující tabulce 5 jsme se zaměřili na stav respondentů. Celkem 28 respondentů je svobodných, 7 ženatých a 11 rozvedených.

Tabulka 5: Charakteristika výzkumného vzorku dle rodinného stavu

	Svobodný	Ženatý	Rozvedený
Muži	22	4	7
Ženy	6	3	4
Celkem	28	7	11

zdroj: vlastní výzkum, n=46

Tabulka číslo 6 nás informuje o dřívější taneční aktivitě pacientů. Většina z nich v minulosti se nevěnovala žádnému typu tance.

Tabulka 6 Charakteristika výzkumného vzorku dle dřívější taneční aktivity

	Dříve jsem netančil/a	Dříve jsem tančil/a, ale ne společenské tance	Někdy tančím společenské tance
Muži	18	4	11
Ženy	4	5	4
Celkem	22	9	15

zdroj: vlastní výzkum, n=46

8. Testová baterie

Ve výzkumu jsme použili testovou baterii skládající se ze třech sebeposuzovacích dotazníkových testů vyplňující se tužka, papír. První dotazník se zaměřuje na škálu sebehodnocení tzv. self-esteem. Druhý dotazník self-efficacy vychází z Bandurovy teorie obecné vlastní účinnosti a poslední byla zadána škála měřící úzkostnost jedinců.

8.1. Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

Rosenbergova škála sebehodnocení je jednodimenzionální škála s vysokou reliabilitou. Tvoří jí deset položek, z nichž pět je reverzních. Dotazování souhlasí či nesouhlasí s daným tvrzením v 4 bodové Likertově škále (0= „platí, 3=“neplatí“). Proto maximálně dosažený počet bodů je 30. Sebehodnocení je závislé na sociálním srovnávání, emotivitě a temperamentu. Osecká a Blatný (1997) udělali analýzu Rosenbergovy škály a přišli na dva faktory tvořící tento koncept. Jeden faktor zahrnuje pozitivní výroky o sobě a srovnávání se s ostatními. Druhý faktor se zaměřuje na popírání negativních věcí o sobě. Rosenbergova škála sebehodnocení byla původně určena pro adolescenty, poslední dobou se však se hojně využívá i u výzkumů s dospělou populací. Cronbachův koeficient tohoto testu se pohybuje mezi 0,83 – 0,89.

8.2. Dotazník obecné vlastní účinnosti (General Self-Efficacy Scale)

Dotazník obecné vlastní účinnosti je dotazník z roku 1993, se kterým přišli R. Schwarzer a M.Jerusalem. Českou verzi upravil na naši populaci ve spolupráci s původními autory J. Křivohlavý. Jedná se o škálu Likertova typu pro posuzování vlastních představ o schopnostech vypořádat se s obtížnými požadavky v životě. Je vytvořena pro dospělou populaci a adolescenty od 12 let. Ta je složena z 10 položek na čtyřbodové škále, kde 1 znamená „neplatí“ a 4 „platí“. Součtem skóre zjistíme hodnotu vědomí vlastní účinnosti, která se pohybuje od 10 do 40 bodů. Teoretický průměr škály je 25 bodů. Vyšší hodnota poukazuje na vyšší úroveň self-efficacy. Schwarzer (2014) udává koeficient Cronbachova alfa se pohybuje od 0,76. Jelikož pro tuto psychologickou metodu nebyly vytvořeny patřičné normy ani v zahraničí, porovnáваме pouze navzájem jednotlivé výsledky respondentů.

8.3. State-Trait Anxiety Inventory

State-Trait Inventory (STAI) od G.Spielbergera je psychodiagnostický nástroj ke sledování úrovně úzkosti a úzkostnosti (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970). V České Republice je k dispozici verze z roku 1980, jenž je Mülnarem upravena na naše podmínky. Nástroj obsahuje dvě škály a to STAI – 1 a STAI – 2.

Škála STAI – 1 se zaměřuje na úzkost jako na aktuální stav jedince. Jsou zde součástí uvědomované pocity vnitřního napětí strachu, které postupně mění svoji sílu. Na začátku testování je potřeba se zeptat: “ Jak se cítíte právě nyní?”

Škála STAI – 2 měří dispozice jedince k úzkostnosti. Zde se posuzují rozdíly ve vnímání světa, specifické reakce na podněty a způsob vyjádření emocí. Hlavní otázkou je: ”Jak se cítíte obvykle?”

V našem výzkum jsme použili škálu STAI – X, zajímali nás totiž více osobnostní rysy, než aktuální stav úzkosti. Škála zahrnuje 20 položek ve formě krátkých vět. Respondent se u každé otázky rozhoduje, zda s ní souhlasí, či ne. Je zde čtyřbodová stupnice: 1-téměř nikdy, 2-někdy, 3 –často, 4-téměř vždy. Vyskytují se zde i reverzní položky, u nichž je potřeba obrátit hodnotu. Výsledky mohou nabývat hodnot od 20 do 80 bodů. Přičemž s rostoucí hodnotou skóru se zvyšuje míra úzkostnosti u probanda. Udávaný průměrný skór úzkosti je podle J. Müllnera a kol. (1980) 45,26 se směrodatnou odchylkou 6,50.

9. Statistické zpracování dat

Výsledky byly zpracovány vyhodnocením testů: Rosenbergovy škála sebehodnocení, Dotazníku obecné vlastní účinnosti a State-Trait Anxiety Inventory II. Data jsme zpracovávali v programu Microsoft Excel a Statistica 12. Na základě výsledků jsme dospěli k následujícím závěrům.

V1. Jaký vliv má terapeutické působení včetně vedených hodin společenských a latinsko-amerických tanců na zkoumané rysy u závislých pacientů?

Tabulka číslo 6,7 a 8 ukazují změnu self-esteemu, self-efficacy a úzkostnosti u experimentální skupiny před první a po čtvrté vedené taneční hodině. Experimentální skupinu jsme rozdělili na muže, ženy a poté na pacienty léčící se z alkoholové, drogové či obou závislostí najednou. Díky tomu je můžeme navzájem porovnat. Je zde patrný u daných skupin jejich celkový počet, kolik dosáhly bodů v příslušných testech, průměr, medián, směrodatnou odchylku, maximum a minimum.

V tabulce číslo 6 se zabýváme **změnou self-esteemu** během tanečních hodin u experimentální skupiny. Muži dosáhli jak před první taneční hodinou, tak po čtvrté hodině v průměru více bodů než ženy. U mužů se zlepšil průměr o 1,334 u žen pouze o 0,615. Maximum skóre na počátku měly ženy a to 29 bodů, po čtvrté taneční hodině to byli však muži s 30 body. Medián je u mužů a žen na počátku odlišný o dva body, na konci si již rovnají.

Pokud srovnáme mezi sebou závislosti, před první taneční lekcí měli nejvyšší průměr alkoholově závislý a to 17,807. Zato nejmenší průměr 16,444 měli závislý na obou substancích. Na počátku alkoholově závislý dostáli maximálního skóre 29 i minimálního skóre 7. Došlo k pozitivní změně u všech třech skupin. Alkoholově závislí si zlepšili průměr o 1,635, drogově závislí o 0,004 a **alkoholově-drogově závislí o 1.**

Tabulka 7 : Hodnoty změny self-esteemu rozdělený podle pohlaví a druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině

Před 1. taneční lekci							
	Počet	Body	Průměr	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	579	17,545	18	3,270	23	9
Ženy	13	223	17,154	16	5,900	29	7
Alkohol	26	463	17,807	18	4,622	29	7
Drogy	11	191	17,36	18	3,443	22	11
Alk.+Dro.	9	148	16,444	16	3,468	23	12
Celkem	46	802	17,435	18	4,113	29	7
Po 4. taneční lekci							
	Počet	Body	Průměr	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	623	18,879	19	4,357	30	12
Ženy	13	231	17,769	19	4,781	26	11
Alkohol	26	506	19,462	20	4,624	30	12
Drogy	11	191	17,364	18	4,007	24	11
Alk.+Dro.	9	157	17,444	17	4,333	26	12
Celkem	46	854	18,565	19	4,455	30	11

zdroj: vlastní výzkum, n =46

Tabulka číslo 7 se věnuje **změně self-efficacy** u experimentální skupiny před první a čtvrté taneční hodině. Muži i ženy dosáhli před první a po čtvrté taneční hodině stejného maxima bodů a to 38 a 40 bodů. Rozdíl byl u minima, kdy ženy na začátku získaly minimum 16 a muži na konci 20 bodů. U mužů se průměr změnil o 1,84 a u žen o 1,01. U obou skupin se medián posunul o 1.

Self-efficacy získal maximálního počtu bodů kromě kombinace alkoholových a drogových závislostí 38 před první taneční hodinou a po čtvrté taneční hodiny a to 40. Alkoholově závislí pacienti se zlepšili průměr o 0,27, drogově závislí o 1,73 a u **alkoholově-drogově závislých o 2,111.**

Tabulka 8: Hodnoty změny self-efficacy rozdělený podle pohlaví a druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině

Před 1. taneční lekcí							
	Počet	Body	Průměr	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	952	28,248	29	4,522	38	21
Ženy	13	354	27,231	27	5,688	38	16
Alkohol	26	744	28,615	28	4,544	38	21
Drogy	11	321	29,182	30	5,741	38	16
Alk.+Dro.	9	241	26,777	27	4,868	37	21
Celkem	46	1306	28,391	28	4,869	38	16
Po 4. taneční lekcí							
	Počet	Body	Průměr	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	993	30,091	30	4,537	40	20
Ženy	13	368	28,308	28	5,073	40	22
Alkohol	26	761	28,888	30	4,879	40	21
Drogy	11	340	30,909	30	4,636	40	24
Alk.+Dro.	9	260	28,888	29	4,485	35	20
Celkem	46	1361	29,589	30	4,707	40	20

zdroj: vlastní výzkum, n=46

Tabulka číslo 8 zachycuje **vývoj úzkostnosti** u experimentální skupiny před první a čtvrté taneční hodině. Na začátku u žen vyšlo maximální skóre 70 a na konci druhého měření u mužů maximum 65. Průměr se snížil u žen o 3,08 a u mužů o 3,03.

Největší maximum před první taneční hodinou měli léčící se z alkoholové závislosti a to 70. Stejná skupina měla maximum skóre i po čtvrté taneční hodině a to 65. U alkoholově léčících se snížil průměr o 4, u drogově léčících o 3,46 a u alkoholově-drogově závislých **se zvýšil o 0,22.**

U měření úzkostnosti si musíme uvědomit, že je zde škála obrácená než u předcházejících testů. Proto pokud se celkové bodové hodnocení snižuje, znamená to i snižování úzkostnosti u daných respondentů.

Tabulka 9 Hodnoty změny úzkostnosti rozdělený podle pohlaví a druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině

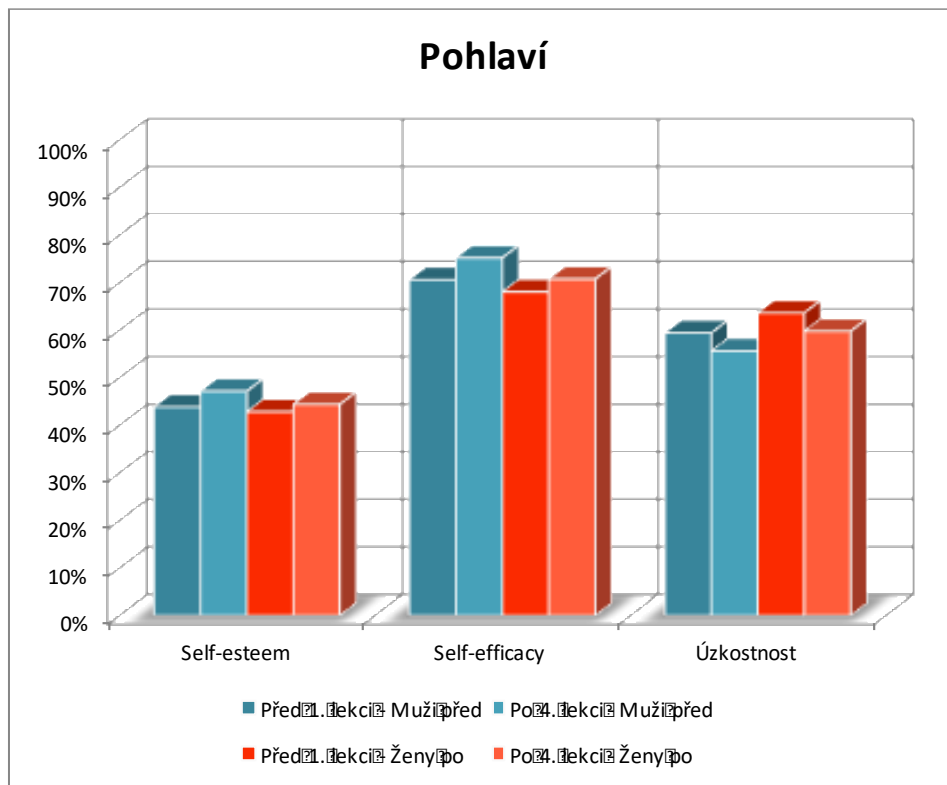
Před 1. taneční lekci							
	Počet	Body	Průměr	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	1569	47,545	48	7,665	64	30
Ženy	13	662	50,923	48	11,228	70	30
Alkohol	26	1289	49,577	49	8,819	70	30
Drogy	11	511	46,455	45	10,367	66	30
Alk.+Dro.	9	431	47,889	49	7,079	59	36
Celkem	46	2231	48,5	48	8,819	70	30
Po 4. taneční lekci							
	Počet	Body	Průměr	Medián	SD	Max	Min
Muži	33	1469	44,515	44	9,308	65	26
Ženy	13	622	47,846	48	11,082	63	29
Alkohol	26	1185	45,577	45,5	10,569	65	26
Drogy	11	473	43,000	40	9,508	60	32
Alk.+Dro.	9	433	48,111	49	8,085	59	37
Celkem	46	2091	45,457	45,5	9,831	65	26

zdroj: vlastní výzkum, n=46

Porovnání všech tří zkoumaných rysů tedy self-esteem, self-efficacy a úzkostnosti je zobrazeno v následujících grafech, které jsou vyjádřeny v procentech vůči svým možným maximum.

V grafu č. 1 vidíme porovnání mužů, žen a jejich změn v jednotlivých zkoumaných rysech. Je patrné vyšší skóre u mužů v prvních dvou sloupcích. Oproti tomu ženy mají větší skóre v posledním sloupci znázorňující úzkostnost, které je avšak opačně skórována než předchozí testy.

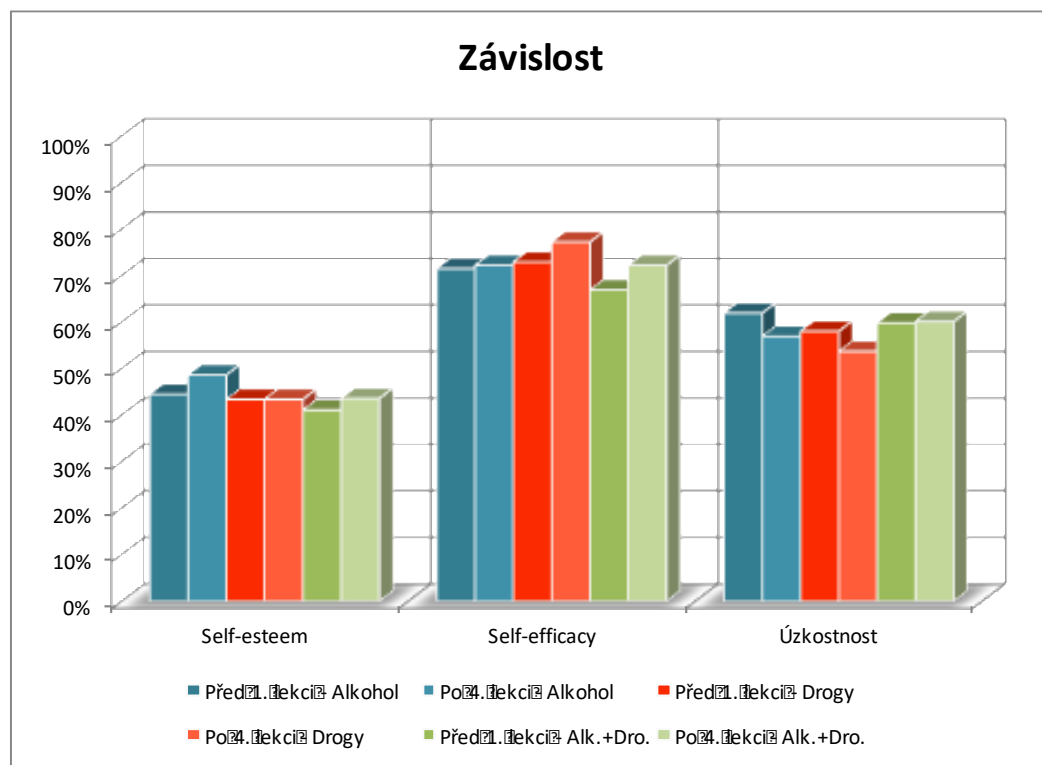
Graf 1 Změna self-esteem, self-efficacy a úzkostnosti podle pohlaví před první a po čtvrté taneční hodině



zdroj: vlastní výzkum, n = 46

Graf číslo 2 zobrazuje jednotlivé závislosti v kontextu self-esteem, self-efficacy a úzkostnosti. Nejpatrnější pozitivní změny najdeme u alkoholově závislých pacientů. Nejnížší skóre shledáváme u alkoholově-drogově závislých. Ti nás však překvapí u změny průměru u self-efficacy kde je pozitivní **změna až 2,111**.

Graf 2 Změna self-esteem, self-efficacy a úzkosti podle druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině



zdroj: vlastní výzkum, n=46

10. Ověřování hypotéz

Ověřování hypotéz 1,2 budeme posuzovat podle formulace:

$$H_0: \mu_{\text{před}} = \mu_{\text{po}}$$

$$H_A: \mu_{\text{před}} < \mu_{\text{po}}$$

Hypotéza 3 je ověřována díky použitím následujícího formulace:

$$H_0: \mu_{\text{před}} = \mu_{\text{po}}$$

$$H_A: \mu_{\text{před}} > \mu_{\text{po}}$$

Pro hypotézy H1, H2 jsme použili párový levostranný T-test.

Pro hypotézu H3 byla zpracována pomocí párového pravostranného T-testu.

Všechny tři hypotézy byly hodnoceny na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

H1: Míra **self-esteemu** je u pacientů před vedenými tanečními hodinami výrazně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Průměr celkové hodnoty získaných bodů pro self-esteem při prvním měření byl 17,435 a po druhém měření 18,565. Hodnotu směrodatné odchylky z rozdílu všech párů jsme naměřili 4,048. Stupeň volnosti je 45.

$$K = (-\infty; -1,679 >$$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \cdot \sqrt{n}$$

$$t = \frac{17,43478 - 18,565}{4,0475} \cdot \sqrt{46}$$

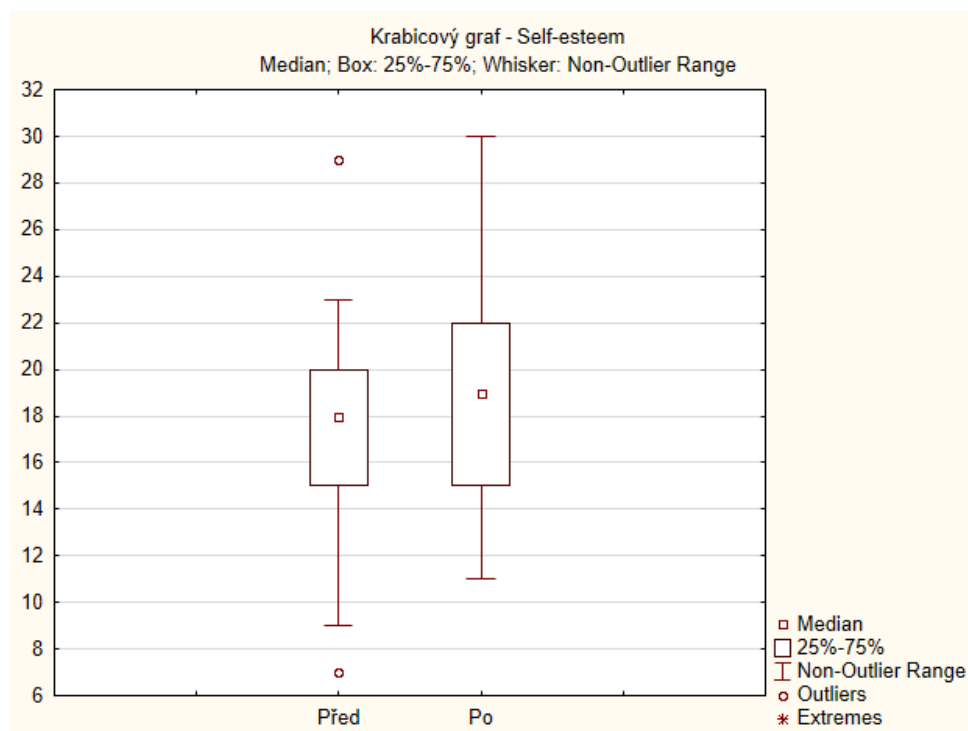
$$t = -1,894$$

$$p = 0,032$$

$$t \in K$$

Výpočet hodnoty testové statistiky nám vyšel -1,894 ($p=0,0323$). Vzhledem k tomu, že t spadá do intervalu K , hypotézu **H1 přijímáme**. Z výsledku lze dedukovat, že během pobytu se pacientům pozitivně mění self-esteem, který byl měřen před první a čtvrté taneční hodině.

Graf 3 Krabicový graf vyhodnocení self esteemu u experimentální skupiny



zdroj: vlastní výzkum, $n=46$

Dílčí hypotéza 1: Míra self-esteemu je **u žen** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty; -1,782 >$$

$$t = -0,419$$

$$p\text{-value} = 0,341$$

$$t \notin K$$

Průměr u žen před prvním měření byl 17,154 a po druhém měření 17,769. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů všech párů nám vyšla 4,048. Výsledná hodnota testové statistiky je -0,419 a p-value 0,341. To se však do K intervalu nevejde, a proto zmíněnou dílčí hypotézu **DH1 musíme zamítnout.**

Dílčí hypotéza 2: Míra self-esteemu je **u mužů** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty; -1,694 >$$

$$t = -2,179$$

$$p\text{-value} = 0,0184, t \in K$$

Průměr u mužů před prvním měřením byl 17,546 a po druhém měření 18,879. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů párů je 3,515. Výsledná hodnota testové statistiky nám vyšla -2,179 a p-value 0,0184. Tímto **přijímáme dílčí hypotézu DH2.**

H2: Míra **self-efficacy** je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

Průměrný počet bodů, který získali pacienti při prvním měření byl 28,391 a po druhém měření 29,587. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů všech párů byla naměřena 4,048 a SV 45.

$$K=(-\infty; -1,679>$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s} \cdot \sqrt{n}$$

$$t = \frac{28,3913 - 29,58696}{4,0475} \cdot \sqrt{46}$$

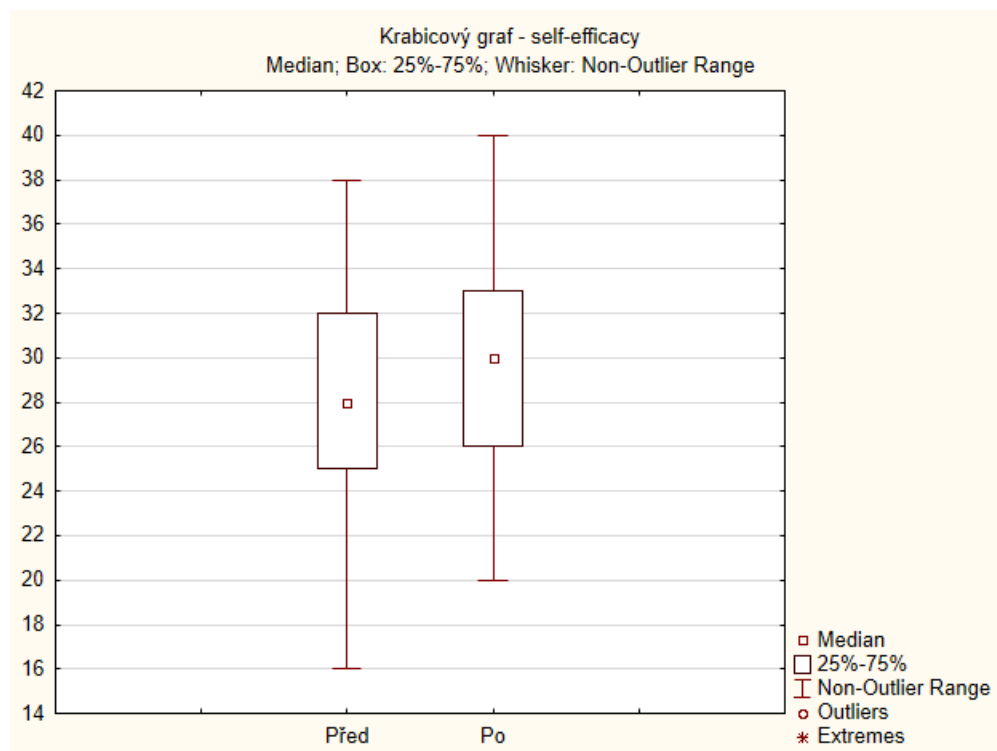
$$t = -1,876$$

$$p = 0,034$$

$$t \in K$$

Vzhledem k výsledku, kde t vyšlo -1,876 a p-value 0,034, proto **hypotézu H2 přijímáme**. Můžeme říci, že pacientům se během léčby pozitivně zvýšilo skóre self-efficacy, měřené před první a po čtvrté taneční hodině.

Graf 4 Krabicový graf vyhodnocení self efficacy u experimentální skupiny



zdroj: vlastní výzkum, n=46

Dílčí hypotéza 3: Míra self-efficacy je **u žen** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty; -1,782 >$$

$$t = -0,675$$

$$p\text{-value} = 0,256$$

$$t \notin K$$

Při měření self-efficacy u žen jsme zjistili průměr získaného skóre před prvním měřením 28,391 a na konci měření 29,587. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů všech párů byla naměřena 4,324. Výsledná hodnota t je -0,675 a p -value 0,256. Na základě těchto výsledků, **zamítáme dílčí hypotézu DH3.**

Dílčí hypotéza 4: Míra self-efficacy je **u mužů** před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty; -1,694 >$$

$$t = -1,916$$

$$p\text{-value} = 0,032$$

$$t \in K$$

U mužů jsme naměřili průměrné skóre self-efficacy při prvním měření 28,848 a u při posledním měření 30,090. Hodnota směrodatné odchylky rozdílů párů je 3,725. Podle výpočtů, t je -1,916 a p -value 0,032. Dle výše uvedených výsledků, **dílčí hypotézu DH4 potvrzujeme.**

H3: Míra **úzkostnosti** je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně vyšší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty, 1,679)$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s} \cdot \sqrt{n}$$

$$t = \frac{48,5 - 45,457}{7,408573} \cdot \sqrt{46}$$

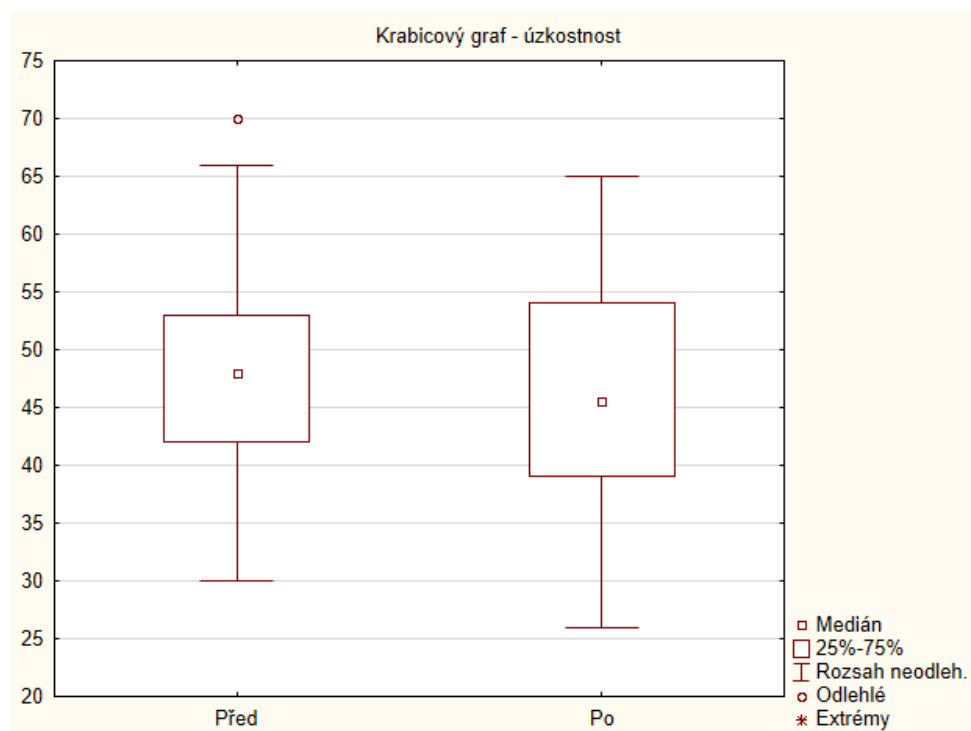
$$t = 2,786$$

$$p = 0,004$$

$$t \in K$$

Naměřený průměr u celkové experimentální skupiny byl před první taneční hodinou 48,5 a po čtvrté taneční hodině klesl na 45,457. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů všech párů byla naměřena 7,409 a SV 45. Výsledné t je 2,786 a p-value 0,004. Hypotéza **H3 byla potvrzena.**

Graf 5 Krabicový graf vyhodnocení úzkostnosti u experimentální skupiny



zdroj: vlastní výzkum, n=46

Dílčí hypotéza 5: Míra úzkostnosti je u žen před vedenými tanečními hodinami statisticky významně vyšší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty; 1,782)$$

$$t = 1,671$$

$$p = 0,060$$

$$t \notin K$$

Při měření úzkostnosti u žen jsme zjistili průměr získaného skóre před prvním měřením 50,923 a na konci měření 47,846. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů všech párů byla naměřena 6,639. Výsledná hodnota t je 1,671 a p -value 0,060. **Pokud bereme v potaz hladinu významnosti $\alpha=5\%$, zamítáme dílčí hypotézu DH3. V případě, že bychom změnili hladinu významnosti na $\alpha=10\%$, hypotéza se přijme.**

Dílčí hypotéza 6: Míra úzkostnosti je u mužů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně vyšší než po vedených tanečních hodinách.

$$K = (-\infty; 1,694)$$

$$t = 2,235$$

$$p = 0,016$$

$$t \in K \text{ náleží}$$

Při měření úzkostnosti u mužů jsme zjistili průměr získaného skóre před prvním měřením 47,545 a na konci měření 44,515. Hodnota směrodatné odchylky z rozdílů všech párů byla naměřena 7,788. Výsledná hodnota t je 2,235 a p -value 0,016. **Hypotézu DH4 přijímáme.**

V2. Existuje statisticky významný rozdíl ve zkoumaných rysech u zkoumané a kontrolní skupiny?

F-Test na shodu rozptylů

Hypotézy

$$H_0: \sigma_t^2 = \sigma_k^2$$

$$H_A: \sigma_t^2 \neq \sigma_k^2$$

Hladina významnosti a kritický obor

$$\alpha = 5 \%$$

$$K = \langle 0; 0,515 \rangle \cup \langle 2,071; \infty \rangle$$

Vzorec pro výpočet testové statistiky F

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

T-Test na porovnání středních hodnot

Hypotézy

$$H_0: \mu_{\text{před}} = \mu_{\text{po}}$$

$$H_A: \mu_{\text{před}} > \mu_{\text{po}}$$

Hladiny významnosti a kritické obory:

$$\alpha = 5 \%$$

$$\alpha = 10 \%$$

$$K = \langle 1,667; \infty \rangle$$

$$K = \langle 1,294; \infty \rangle$$

Vzorec pro výpočet testové statistiky T při shodných rozptylech

$$T = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}} * \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 - 2)}{n_1 + n_2}}$$

H4. Změna self-esteem je statisticky významně vyšší u experimentální než u kontrolní skupina.

F-Test: $F=2,048$ $p\text{-value} = 0,054$

Výběrový rozptyl pro taneční skupinu je 19,851 a pro kontrolní skupinu 9,695. Poměr rozptylů tedy činí 2,048. P-value máme 0,054. Test na shodu rozptylů nezamítáme, jelikož $p\text{-value} > 0,05$, tedy **rozptyly se výrazně neliší** a proto budeme pokračovat dvouvýběrovým nezávislým pravostranným T-testem při shodných rozptylech.

T – test: $\alpha = 5 \%$

$K=<1,667; \infty)$

$t = 1,417$

$p\text{-value} = 0,080$ $t \notin K$ nenáleží

$\alpha = 10 \%$

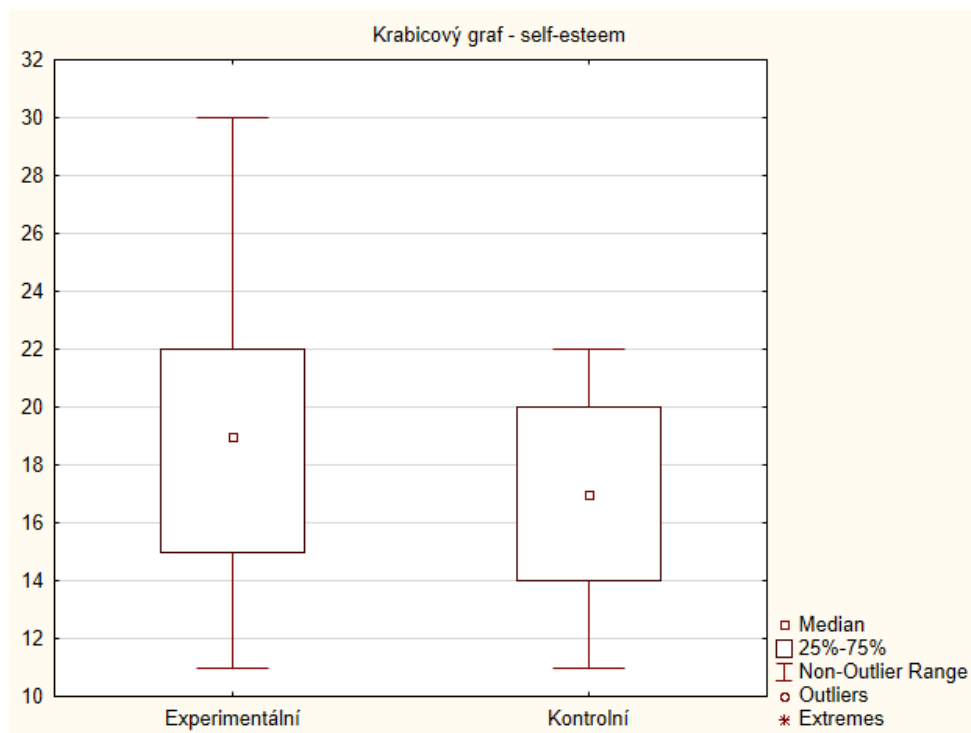
$K=<1,294; \infty)$

$t = 1,417$

$p\text{-value} = 0,080$ $t \in K$ náleží

Průměr self-esteem u experimentální skupiny po druhém měření bylo 18,565 a u kontrolní 17,185. Vyšlo nám, že t je 1,417 a $p\text{-value}$ 0,080. **Hypotéza se neprokázala na 5 % hladině významnosti, ale na 10 % hladině významnosti ano.**

Graf 6 Krabicový graf vyhodnocení self esteemu u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou



zdroj: vlastní výzkum, $n_1=46$, $n_2=27$

H5. Změna self-efficacy je statisticky významně vyšší u experimentální než u kontrolní skupina.

F-Test: $F=1,088$ $p\text{-value} = 0,835$

Výběrový rozptyl pro taneční skupinu je 22,158 a pro kontrolní skupinu 20,361. Poměr rozptylů je 1,088. P-value máme 0,835. Test na shodu rozptylů nezamítáme, jelikož $p\text{-value} > 0,05$. Rozptyly se výrazně neliší, a proto budeme pokračovat **dvouvýběrovým nezávislým pravostranným T-testem při shodných rozptylech**.

T- test: $\alpha = 5 \%$

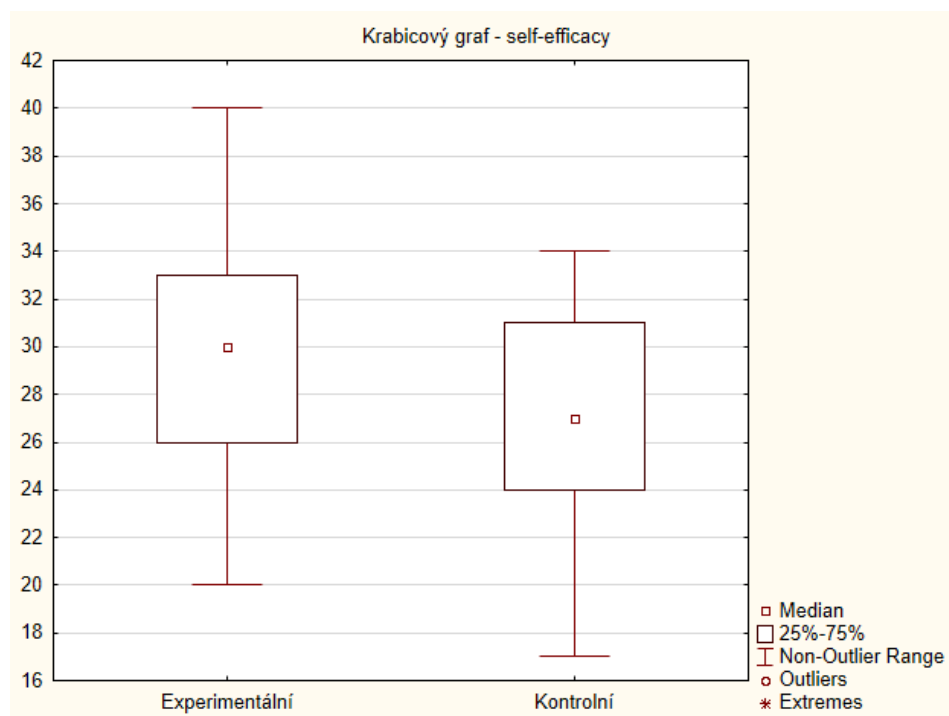
$$K = (-\infty; 1,667)$$

$$t = 2,169$$

$$p\text{-value} = 0,017 \quad t \in K \text{ náleží}$$

Po druhém výběru experimentální skupina měla průměr self-efficacy 29,587 a kontrolní skupina 27,148. P-value nám vyšlo 0,017 a t je 2,169. **Hypotézu H5 přijímáme**, prokázala se na obou zvolených hladinách významnosti.

Graf 7 Krabicový graf vyhodnocení self-efficacy u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou



zdroj: vlastní výzkum, $n_1=46$, $n_2=27$

H6. Změna úzkostnosti je statisticky významně **nižší u experimentální než u kontrolní skupina.**

F-Test: $F=1,055$ $p\text{-value} = 0,904$

Výběrový rozptyl pro taneční skupinu je 96,653 a pro kontrolní skupinu 91,609. Poměr rozptylů je 1,055. P-value máme 0,904. Test na shodu rozptylů nezamítáme, jelikož $p\text{-value} > 0,05$. **Rozptyly se výrazně neliší**, a proto budeme pokračovat **dvouvýběrovým nezávislým pravostranným T-testem při shodných rozptylech.**

T-test: $\alpha = 5 \%$

$K=(-\infty; -1,667>$

$t = -0,622$

$p\text{-value} = 0,268$

$t \notin K$ **nenáleží**

$\alpha = 10 \%$

$K=(-\infty; -1,294>$

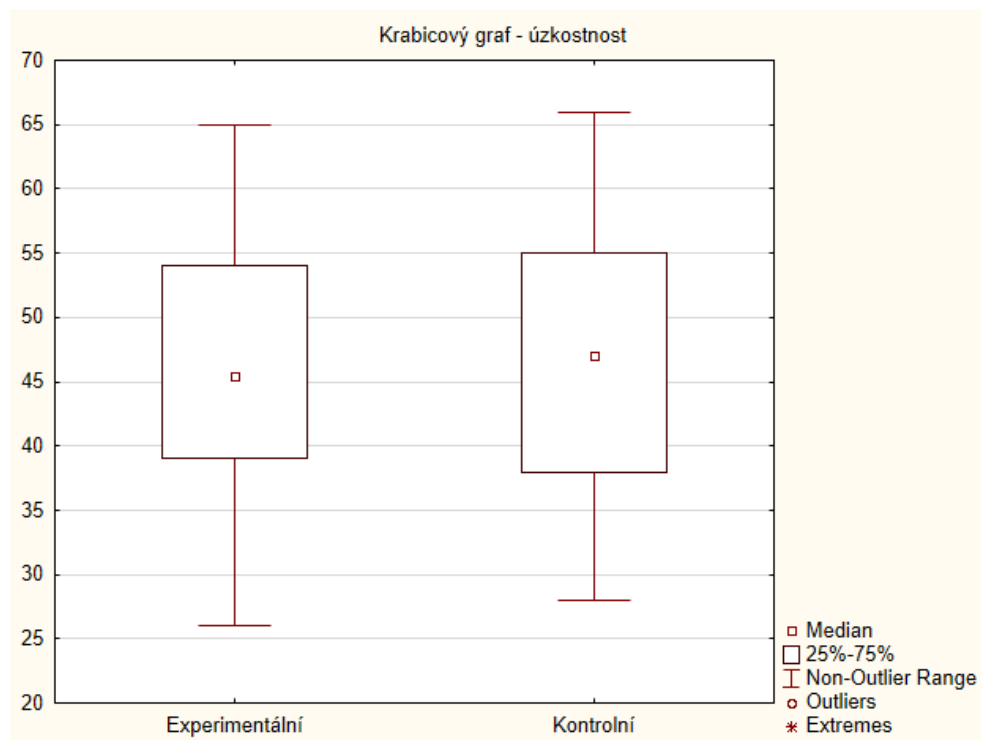
$t = -0,622$

$p\text{-value} = 0,268$

$t \notin K$ **náleží**

Experimentální skupina během druhého sběru dat měla průměr 45,457 a kontrolní skupina 46,926. Hodnoty p-value a t nám vyšli 0,732 a -0,622. **Hypotéza H6 se nepotvrdila ani na jedné z obou zvolených hladin významnosti.**

Graf 8 Krabicový graf vyhodnocení úzkostnosti u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou



zdroj: vlastní výzkum, $n_1=46$, $n_2=27$

11. Diskuze

V následující části se budeme zabývat výsledky bakalářské práce a jejími limity, které mohly zkreslit prezentovaná data. Také se zmíníme o možném budoucí využití práce na další výzkumnou činnost či praxi.

Ústředním motivem našeho výzkumu bylo zjistit, zda vedené taneční hodiny provozované v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr mají pozitivní vliv na pacientův self-esteem, self-efficacy a úzkostnost.

Naše hypotézy byly rozděleny do dvou částí. V první jsme se věnovali pouze experimentální (tančící) skupině. Zajímali nás zde změny v konceptech self-esteem, self-efficacy a úzkostnosti. Zatím jsme však nepracovali s kontrolní skupinou na ověření dat. Proto můžeme říci, že výsledky první části nezohledňují pouze efekt tance jako takový, ale celkovou terapii závislých pacientů v psychiatrické léčebně. Navíc jsme stěžejní hypotézy **H1**, **H2** a **H3** obohatili o dodatkové hypotézy mapující rozdílnost pohlaví. Předpokládali jsme, že zde bude významný rozdíl ve vnímání vlastního psychického stavu a jeho vývoj.

Hypotézy **H1**, **H2**, **H3** byly přijaty a tím potvrdily pozitivní efekt celkové terapie na self-esteem, self-efficacy a na úzkostnost. I u mužů v dílčích hypotézách **DH2**, **DH4** a **DH6** se vybrané koncepty signifikantně zlepšili. Můžeme tedy říci, že celková terapie závislých pacientů má u mužů pozitivní dopad na zvýšení self-esteem, self-efficacy a snížení úzkostnosti. U žen jsme však ani jednu dílčí hypotézu neprokázaly, až na dílčí hypotézu **DH5**, kde došlo k jejímu potvrzení, za předpokladu změnění hladiny významnosti $\alpha=10\%$.

Nabízí se tedy otázka, proč nám nevyšly pozitivní výsledky u obou skupin. Jeden z důvodů může být malý počet účastníků ženského pohlaví ve výzkumu a tím pádem nereprezentativnost vzorku. V tomto případě každá extrémní hodnota měla velký vliv na celkový výsledek. Podle dat můžeme vyčíst, že zde také došlo v pozitivnímu navýšení skóre, nebylo však statisticky signifikantní, aby nám potvrdilo předem určené hypotézy. Jako další vysvětlení se nabízí jiný psychicky léčebný proces, než mají muži. U žen může docházet k hlubšímu sebeuvědomování a na základě toho zmíněné koncepty se ve finále v této fázi příliš nemění či nejsou tyto oblasti zaznamenatelné zvolenými testy. Tanec je pro ženy také přirozenější pohybová aktivita než pro muže, a proto by nemusel být tak znatelný jeho vliv.

Druhou část výzkumu jsme věnovali porovnávání experimentální skupiny s kontrolní. To znamená, že experimentální skupina se účastnila čtyř vedených tanečních hodin. Oproti tomu kontrolní skupina neměla ani jednu taneční hodinu v léčebně Červený dvůr. Jelikož obě

skupiny prodělaly terapii se stejným obsahem, až na vedené hodiny tance, můžeme tedy pozitivní vliv připisovat právě této aktivitě.

Hypotézy **H4 a H5 jsme přijali**. Během dvou měsíců se experimentální i kontrolní skupině zvýšilo bodové hodnocení v konceptu self-esteem a self-efficacy. To opět vypovídá o pozitivním vlivu celkové terapie. Avšak během tohoto porovnání u experimentální skupiny se statisticky zvýšil nárůst hodnot self-esteem a self-efficacy oproti kontrolní skupině. Zároveň je nutno dodat, že u měření self-esteem jsme použili hladinu významnosti 10 %. Tímto jsme dokázali, že tanec má vliv na pacientovo sebevědomí tj. jak věří sami v sebe a jak si myslí, že dokáže ovlivnit situaci, ve které se nachází. To jsou klíčové body v motivaci chování, což může mít za následek brzké uzdravení.

V našem výzkumu se self-efficacy zvýšil, obdobně jako již u zmíněného výzkumu Haboush, Floyd, Caron, LaSota, & Alvarez (2006) u depresivních pacientů třetího věku. Ti tancovali Latinsko – americké a Standardní tance jednou za týden po dobu dvou měsíců. Další výzkum na porovnání jsme vybrali Tihanyi Hos (2005), kdy se mladé ženy jednou za týden po dobu jednoho roku věnovaly aerobickým tancům. Došlo k výraznému zvýšení self-esteem. Musíme brát v potaz, že tento výzkum byl měřen na zdravé populaci a po delším časovém úseku ve srovnání s naším výzkumem.

Hypotézu **H6 jsme zamítli**. Navážeme-li na hypotézu **H3**, kde jsme shledali pokles úzkostnosti u experimentální skupiny, i zde oproti kontrolní skupině nastalo snížení úzkostnosti. Avšak se nejedná o statisticky signifikantní rozdíl. Důvodem mohou být klienti, kterým tento typ terapie ne zcela vyhovuje. Na začátku druhé části bakalářské práce jsme zmiňovali výzkum od Lesté & Rust (1990), který se zabýval efekty tance na úzkost u studentů. Měřila se zde úzkost pomocí Spielbergova State-Trait Anxiety Inventory, na rozdíl od našeho výzkumu, kde jsme se věnovali úzkostnosti. Je možné, že při měření změně úzkosti u závislých pacientů, bychom došli k pozitivním výsledkům. Zaměřili bychom se tedy pouze na krátkodobý efekt tance.

Během našeho výzkumu jsme si uvědomili několik zásadních limitů, které mohli mít na naše data signifikantní vliv. Jeden z toho je samotné rozdělení pacientů. My jsme v doplňkových hypotézách porovnávali muže a ženy. Důvod byl čistě praktický, zda pro oboje skupiny má tanec stejný přínos. Narazili jsme ovšem na fakt, že je zřetelný rozdíl u odpovědí u alkoholově, drogově či alkoholově-drogově závislých pacientů. Zejména u alkoholově-drogově závislých byla ve více případech velká fluktuace u odpovědí. Těmto jedincům vycházeli vysoce nadprůměrné či vysoce podprůměrné výsledky. Může to svědčit o nedostatečném osobním nadhledu či mají jiná radikálnější měřítka na hodnocení svého

psychického stavu. Jak bylo patrné z tabulek číslo alkoholově-drogovým pacientů se oproti ostatním skupinám výrazně zlepšilo skóre u self-esteem a self-efficacy. Úzkostnost se naopak zvýšila. Tento jev může být způsobem nevhodného výběru terapeutické aktivity pro danou skupinu. Proto by se při terapeutických aktivitách měl brát ohled na zájmy a oblíbené aktivity pacientů. Není správné na pacienty vytvářet neúměrný tlak a nutit je do aktivit, které mají vyvolat příjemné pocity. Logicky se poté nedostaví terapeutický efekt, který očekáváme. Do budoucího výzkumu s větším počtem probandů je vhodné pacienty rozdělit ne jen podle pohlaví, ale i závislostí, vzděláním.

Dalším významným údajem může být počet již prodělaných odvykacích terapií v Psychiatrické léčebně Červený dvůr či v jiném odborném zařízení. Domníváme se, že tento fakt může mít vliv na motivaci pacientů spolupracovat během výzkumu, či jejich osobního prožívání probíhající terapií. Také samotná testová baterie, jenž byla vybrána pro výzkum, může zkreslovat údaje. Všechny tři dotazníkové testy se hodnotí pomocí posuzovacích škál. Výsledky jsou tedy zatíženy subjektivitou, jak na sebe pacient nahlíží a jak sám sebe dokáže hodnotit. Jak již bylo zmíněno výše, u některých případů jsme se setkali s velmi vyhraněnými (černobílými) názory. To je však dáno charakterem osobnosti. Dalším limitujícím faktem jsou přímo jednotlivé položky v sebeposuzovacích testech. Jsou postaveny na dvojitém negování, někteří pacienti mohli špatně porozumět či přehlédnout variantu, co by doopravdy chtěli použít. Druhé a konečné vyplňování testů u experimentální skupiny probíhalo vždy přímo po čtvrté taneční hodině. Nabízí se tedy možnost, že pacienti odpovídali v krátkodobém vlivu dané aktivity. Otázka je, zda tento pozitivní vliv přetrvá i delší dobu po tanečních hodinách. Během tanečních hodin jsme neměli možnost oddělit pasivní a aktivní pacienty na tanečních hodinách. I toto rozdělení by bylo v budoucnu zajímavé zkoumat. Samozřejmě nemůžeme zapomenout na velkou roli osobní anamnézy daných pacientů, již předešlá pozitivní či negativní zkušenost s tancem či preference trávení volného času. Jako poslední limit bakalářské práce zmíníme, že výzkumná data, ze kterých jsme vycházely, byly vybrány pouze v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Z tohoto důvodu je potřeba určitá opatrnost při generalizování výsledku na celou populaci.

12. Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou alkoholové a drogové závislosti. Konkrétně jsme zkoumali vliv tance na self-esteem, self-efficacy a úzkostnost u závislých pacientů. V prvním kroku jsme zjišťovali změny u experimentální skupiny před první a po čtvrté vedené taneční hodině. Zde jsme se podrobně zaměřili i na rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím. Dále naším cílem bylo porovnat experimentální skupinu s kontrolní, která neměla ani jednu taneční hodinu. Do našeho výzkumu bylo podle předem určených kritérií zahrnuto celkově 73 závislých pacientů. Z toho 46 v experimentální a 27 v kontrolní skupině. Výzkumná baterie testů obsahovala: Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES), Dotazník obecné vlastní účinnosti (General Self-Efficacy Scale), State-Trait Anxiety Inventory (STAI – 2).

V rámci statického testování jsme přijali hypotézy: H1 Míra self-esteem je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, DH2 Míra self-esteemu je u mužů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, H2 Míra self-efficacy je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, HD4 Míra self-efficacy je u mužů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, H3 Míra úzkostnosti je u pacientů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, HD6 Míra self-efficacy je u mužů před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách H5 Změna self-efficacy je statisticky významně vyšší u experimentální než u kontrolní skupina.

Hypotéza H4 Změna self-esteem je statisticky významně vyšší u experimentální než u kontrolní skupina, DH5 Míra úzkostnosti je u žen před vedenými tanečními hodinami statisticky významně vyšší než po vedených tanečních hodinách, byly přijaty za změnění hladiny významnosti na $\alpha = 10\%$.

Statistické rozdíly nebyly prokázány u hypotéz DH1 Míra self-esteemu je u žen před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, DH3 Míra self-efficacy je u žen před vedenými tanečními hodinami statisticky významně nižší než po vedených tanečních hodinách, H6 Změna úzkostnosti je statisticky významně nižší u experimentální než u kontrolní skupina.

Na základě zmíněných výsledků jsme dospěli k závěrům, že celková terapie v Psychiatrické léčebně Červený dvůr má pozitivní dopad na zvýšení self-esteem, self-efficacy a snížení úzkostnosti u závislých pacientů. Dále má tanec pozitivní terapeutický efekt na závislé pacienty, pomáhá zvyšovat self-esteem, self-efficacy a snižovat úzkostnost. Zároveň se vyskytuje statisticky významný rozdíl efektu terapie tancem na mužské a ženské pohlaví. V neposlední řadě je důležité zmínit, že se vyskytuje měřitelný rozdíl efektu terapie tancem na pacienty rozdělené podle závislosti

Tato bakalářská práce přináší vstupní výzkum do zmíněné problematiky. Věříme, že náš výzkum má své praktické využití v rámci rozšíření terapeutických aktivit u závislých pacientů. Také může být inspirací pro další práce a tím pomůže více odkrýt danou problematiku. V budoucnu je možné na dané téma navázat magisterskou prací, která by do hloubky zachytila všechny pozitivní efekty tance.

13. Seznam použité literatury

1. Adilogullari, I. (2014). The Examining the Effects of 12-Week Latin Dance Exercise on Social Physique Anxiety: The Effects of 12-Week Latin Dance. *The Anthropologist*, 18(2), 421-425.
2. Abalde Amoedo, N., & Pino Juste, R. (2016). Evaluación de la autoeficacia y de la autoestima en el rendimiento deportivo en Judo. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (29).
3. Akandere, M., & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Collegium antropologicum*, 35(3), 651-656.
4. Alonso, D. A., Marcos, F. M. L., Miguel, P. A. S., Oliva, D. S., & Calvo, T. G. (2011). Interacción de la teoría de la autodeterminación en la fluidez disposicional en practicantes de danza. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 11(1), 7-17.
5. Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends in molecular medicine*, 12(12), 559-566.
6. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
7. Bandura, A., Barbaranelli, C., Caparara, G. V., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development*, 74, 3, 769 – 782.
8. Barroso, M. (1991). *Autoestima del Venezolano*. Ediciones Galac, Caracas: Venezuela
9. Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
10. Blatný, M. (2010). *Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie*. In M. Blatný a kol. (Ed.) *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. (s.107–136) Praha: Grada.
11. Blom, L. A., & Chaplin, T. L. (1996). *El acto íntimo de la coreografía*. Instituto Nacional de Bellas Artes.
12. Branden, N. (1993). *Poder de la Autoestima*. Paidos Iberica, Ediciones S. A.
13. Branden, N. (1995). *Los Seis Pilares del Autoestima*). Ediciones Paidos, Barcelona, España.
14. Brik, E. (2011). *Convivir con el alcoholismo*. Panamericana.
15. Camic, P.M. (2008). Playing in mood: health psychology, the arts and creative approaches to health care, *Journal of Health Psychology*, 13 (2), 287 – 298.
16. Cantón, E. & Checa, I. (2011). Entrenamiento psicológico en baile deportivo y de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 20, 479-490.

17. Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5).
18. Cid, F. V. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (61), 9-18.
19. Consuegra, A. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Rcoe Ediciones.
20. Crocker, J., (2006). What is optimal self-esteem. *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*, 119-124.
21. Červený Dvůr: Rozšířené léčebné možnosti (2017). (online). Získáno 4.2.2018 z <https://cervenydvur.cz/>.
22. Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana*.
23. Denissen, J. J. A., Penke, L., & Schmitt, D. P. (2008). Self-esteem reactions to social interactions: Evidence for sociometer mechanisms across days, people, and nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 181–196.
24. Eccles, J. S. y Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review of Psychology*, 53, 109-132.
25. Ehrenreich, B. (2007). *Dancing in the streets: A history of collective joy*. Metropolitan books.
26. Estés, C., (1992). *Mujeres que corren con los lobos*. Ballantine Books.
27. Franěk, M. (2005). *Hudební psychologie*. Karolinum.
28. Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. *KALINA, K. et al. Drogy a drogové závislosti*, 1, 124-129.
29. Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408.
30. Goulmaris, D., Mavridis, G., Genti, M., & Rokka, S. (2014). Relationships between basic psychological needs and psychological well-being in recreational dance activities. *Journal of Physical Education and Sport*, 14(2), 277.
31. Haboush, A., Floyd, M., Caron, J., LaSota, M., & Alvarez, K. (2006). Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(2), 89-97.

32. Hanna, J. L. (2006). *Dancing for health: Conquering and preventing stress*. Lanham, MD: AltaMira Press.
33. Hartlová, H., & Hartl, P., (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
34. Honzák, R. (1995). *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf.
35. Jeong, Y. J., Hong, S. C., Lee, M. S., Park, M. C., Kim, Y. K., & Suh, C. M. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, 115(12), 1711-1720.
36. Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. *Drogy a drogové závislosti-meziborový přístup*, 78-82.
37. Kast, V. (2012). *Úzkost a její smysl*. Portál.
38. Kernis, M. H. (2006). *Self-esteem, issues and answers. A sourcebook of issues and answers*. New York: Psychology press. Harvard.
39. Kiepe, M. S., Stöckigt, B., & Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 404-411.
40. Koch, S. C., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The Joy Dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340–349.
41. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
42. Lesté, A. Rust, J. (1990). Effects of dance on anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 12: 19–25.
43. Lombardo, G., (1997). *Neuropsicofarmacología clínica*. Buenos Aires: UBA.
44. López-Torres, M., Torregrosa, M., & Roca, J. (2007). Características del “Flow”, ansiedad y estado emocional, en relación con el rendimiento de deportistas de elite. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 7(1), 25-44.
45. Lu, L. et al. (2004). Incubation of cocaine craving after withdrawal: a review of preclinical data. *Neuropharmacology* 47, 214–226
46. Lundgren, D. C., & Rudawsky, D. J. (1998). Female and male college students' responses to negative feedback from parents and peers. *Sex Roles*, 39, 409–429.
47. MacDonald, G., & Leary, M. R. (2012). *Individual differences in self-esteem. Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press.

48. Maraz, A., Király, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Why do you dance? Development of the Dance Motivation Inventory (DMI). *PloS one*, 10(3).
49. Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26(2).
50. Matsumoto, D. (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.
51. Miguel-Tobal, J. J., & Casado, M. I. (1999). Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. *Emociones y salud*, 91-124.
52. Mruk, C. J. (2013). *Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice*. Springer Publishing Company.
53. Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G. (1980). *Príručka pre administráciu, interpretáciu a vyhodnocovanie dotazníka na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
54. Mustaca, A. E., & Kamenetzky, G. V. (2006). Alcoholismo y ansiedad: modelos animales. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(3).
55. Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 239-263). Springer Netherlands.
56. Nešpor, K., (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
57. Nešpor, K. (2012). Prevence návykových nemocí v rodině. *General Practitioner/Prakticky Lekar*, 92(6).
58. Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173–176.
59. Osborne, R. (2014). *Self-esteem*. Salem Press Encyclopedia of Health.
60. Osecká, L., & Blatný, M. (1997). Struktura globálního vztahu k sobě: analýza Rosenbergovy škály sebehodnocení–replikace. *Československá psychologie*, 61(6), 481-486.
61. Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189-193.
62. Pérez-Nieto, M.Á. (2005). La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados. *Edupsykhé*, 4(2), 219-232.
63. Pérez-Rial, S., Ortíz, S., & Manzanares, J. (2003). Neurobiología de la dependencia alcohólica. *Trastornos adictivos*, 5(1), 4-12.

64. Polce-Lynch, M., Myers, B. J., Kilmartin, C. T., Forssmann-Falck, R., &
65. Kliewer, W. (1998). Gender and age patterns in emotional expression, body image, and self-esteem: A qualitative analysis. *Sex Roles*, 38, 1025–1048.
66. Reddish, P., Fischer, R., & Bulbulia, J. (2013). Let's dance together: synchrony, shared intentionality and cooperation. *PloS one*, 8(8), e71182.
67. Reina, M. C., Oliva, A., & Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2(1), 55-69
68. Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *American Psychological Society*, 14(3), 158 – 162.
69. Romero, B. L. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 101-110.
70. Röhr, H. P., & Babka, P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál.
71. Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2007). *Active human nature: self determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health*. En M. S. Hagger, y N. L. D. Chatzisarantis (Eds.). *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport (pp. 1-19)*. Champaign, IL: Human Kinetics.
72. Sevilla, A. (1990). *Danza, cultura y clases sociales*. INBA.
73. Schellenberg, E. G. (2012). Cognitive performance after listening to music: a review of the Mozart effect. *Music, health, and wellbeing*, 324-338.
74. Schmais, C. (2004). *The journey of a dance therapy teacher: Columbia: Marian Chace Foundation*, 51
75. Schögler, B., & Trevarthen, C. (2007). To sing and dance together. *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 281-302.
76. Schunk, D. H., y Meece, J. L. (2006). *Self-efficacy in adolescence*. En F. Pajares, y T. Urdan (Eds.), *Adolescence and Education* (Vol. 5, pp. 71-96). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
77. Schwarzer, R. Jerusalem, M. (2014). *The General Self-efficacy Scale (GSE)*. Berlin: Universitat Berlin, Health Psychology Department. Retrieved from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.hmt>
78. Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1).
79. Simons, J. Correia C. Carey, Borsari E. (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of*

Counseling Psychology 45: 265.

80. Staricoff, R. (2004). *Arts in health: A review of the medical literature*. London: Arts Council England.
81. Szymanská, T. (2015). In Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. (pp. 241–277) Praha: Karolinum.
82. Targhetta, R. Nalpas, B. (2013). Argentine tango: Another behavioral addiction? *Journal of Behavioral Addictions* 2: 179–186.
83. Tateo, L. (2014). The dialogical dance: self, identity construction, positioning and embodiment in tango dancers. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 48(3), 299-321.
84. Tihanyi Hos, A. (2005). The effects of guided systematic aerobic dance programme on the self-esteem of adults. *Kinesiology: International journal of fundamental and applied kinesiology*, 37(2), 141-150.
85. Venegas Rubiales, A. M. (2008). *Técnicas para mejorar de la autoestima, el autocontrol y la comunicación*. Ic editorial.
86. Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
87. Vera, G., C., & Morte, C., G., (2015). *Historia de la danza*, Mahai Ediciones.
88. Walker, H. R. (2000). An analysis of the relationship of human sexuality knowledge, self-esteem, and body image to sexual satisfaction in college and university students. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 45-60.
89. Washton, A. M., & Zweben, J. E. (2008). *Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica terapéutica*. Manual Moderno.
90. West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. John Wiley & Sons.
91. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
92. Wulff, D., & George, S. S. (2007). Family therapy, you make me feel like dancing. *Contemporary Family Therapy*, 29(1-2), 87-97.
93. Yeager, K., Schomer, D. L., Osborne, P., Letz, R. y DiIorio, C. (2006). Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy, *Epilepsy & Behavior*, 9, 158–163.

14. Přílohy

Seznam tabulek:

Tabulka 1 popis dosažených hodnot během výzkumu Lesté & Rust, 1990	26
Tabulka 2: Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
Tabulka 3: Charakteristika výzkumu vzorku dle typu závislosti	32
Tabulka 4: Charakteristika výzkumného vzorku dle nejvyššího dosaženého vzdělání	33
Tabulka 5: Charakteristika výzkumného vzorku dle rodinného stavu	33
Tabulka 6 Charakteristika výzkumného vzorku dle dřívější taneční aktivity	33
Tabulka 7 : Hodnoty změnu self-esteemu rozdělený podle pohlaví a druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině	37
Tabulka 8: Hodnoty změnu self-efficacy rozdělený podle pohlaví a druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině	38
Tabulka 9 Hodnoty změnu úzkostnosti rozdělený podle pohlaví a druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině	39

Seznam grafů:

Graf 1 Změna self-esteem, self-efficacy a úzkostnosti podle pohlaví před první a po čtvrté taneční hodině.....	40
Graf 2 Změna self-esteem, self-efficacy a úzkostnosti podle druhu závislosti před první a po čtvrté taneční hodině	41
Graf 3 Krabicový graf vyhodnocení self esteemu u experimentální skupiny.....	43
Graf 4 Krabicový graf vyhodnocení self efficacy u experimentální skupiny	45
Graf 5 Krabicový graf vyhodnocení úzkostnosti u experimentální skupiny.....	47
Graf 6 Krabicový graf vyhodnocení self esteemu u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou	50
Graf 7 Krabicový graf vyhodnocení self-efficacy u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou	51
Graf 8 Krabicový graf vyhodnocení úzkostnosti u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou	52