

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Vztah motivace k psychoterapii k výsledkům léčby
u neurotických adolescentních pacientů**

Natálie Pastorková

Obor: psychologie

Forma studia: prezenční

vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Praha 2019

Prague Collage of Psychosocial Studies



The relation of motivation for psychotherapy and results of treatment in neurotic adolescent patients

Natálie Pastorková

Study programme: psychology

The Diploma Thesis Supervisor: doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Prague 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

.....
Natálie Pastorková

Poděkování

Ráda bych vyjádřila díky vedoucímu mé bakalářské práce, doc. PhDr. Karlu Balcarovi, CSc., za sdílení zkušeností a nápadů i jeho podporu a vstřícnost v průběhu vzniku této práce. Děkuji také Mgr. Kohoutové a Mgr. Kořínkovi za rady a komentáře při sestavování posuzovací škály. V neposlední řadě děkuji vedení kliniky ESET za možnost uskutečnění výzkumu a respondentům za vyplnění dotazníků.

Obsah

Úvod.....	3
TEORETICKÁ ČÁST	4
1 Vymezení základních pojmů.....	4
1. 1 Adolescence	4
1.2 Psychoterapie	4
1.3 Skupinová psychoterapie	4
1.4 Neurotické poruchy	5
1.5 Motivace.....	5
2 Vývoj člověka v období adolescence.....	6
2.1 Období pubescence	6
2.2 Období adolescence.....	7
2.2.1 Význam tělesného vývoje.....	8
2.2.2 Socializace	9
2.2.3 Vývoj vlastní identity	10
2.2.4 Emoční vývoj.....	11
2.2.5 Kognitivní vývoj.....	12
3 Neurotické poruchy ve sledované skupině	14
3.1 Úzkostné poruchy.....	14
3.2 Deprese.....	16
4 Skupinová psychoterapie	17
4.1 Principy a metody psychoterapie	17
4.2 Skupinová terapie pro neurotické pacienty	19
4.3 Skupinová terapie u dětí a dospívajících.....	20
5 Specifika psychoterapie adolescentů	22
5.1 Začátek psychoterapie	22
5.2 Komunikační specifika.....	23
6 Motivace k psychoterapii.....	25
VÝZKUMNÁ ČÁST	27
1 Zkoumaný problém a cíl výzkumu	27
2 Výzkumný soubor a situace šetření	29

3 Výzkumná otázka a hypotézy	31
4 Metody šetření: dotazník FPTM-23 a posuzovací stupnice.....	32
5 Výsledky šetření a statistické zpracování získaných dat	34
6 Diskuze a závěry z výzkumu	35
6.1 Metodologická část	35
6.2 Obsahová část.....	36
7 Souhrn.....	39
8 Seznam literatury	40
Přílohy.....	42

Úvod

V rámci rozhodování ohledně tématu, kterému se chci ve své bakalářské práci věnovat, jsem přemýšlela nad svými zážitky ze stáží a praxí. V průběhu bakalářského studia jsem jich absolvovala několik, nicméně nejvíc mi utkvěla právě práce s adolescentními pacienty. Více než rok jsem strávila docházením do stacionáře pro adolescenty při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde jsem získala neocenitelnou přímou zkušenost s touto specifickou skupinou pacientů.

Problematika motivace se mi pak nabízela právě vzhledem k tomu, že dospívající pacienti přicházejí často poměrně nemotivovaní – léčbu navrhují lékaři nebo rodiče a pacienti sami o ni přesvědčení být nemusí. Z tohoto důvodu jsem se začala zajímat o to, zda motivace k psychoterapii nějak ovlivňuje úspěšnost samotné léčby.

Původní plán se zakládal na mém docházení do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde jsem také chtěla svůj výzkum provést. Bohužel jsem hned na počátku svého projektu ale narazila na problém, a tím bylo množství papírování, které je zapotřebí k souhlasu etické komise této nemocnice. V důsledku nezbytných byrokratických záležitostí, které byly podmínkou pro udělení souhlasu, jsem se dostávala do skluzu ve sběru dat. Jako konečné řešení jsem zvolila možnost pozměnit svůj výzkum a uskutečnit ho na soukromé klinice ESET v Praze.

Svoji práci jsem rozdělila na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická se skládá z šesti kapitol, ve kterých rozebírám stěžejní témata související s mým výzkumem. Základním pojmům se věnuji v první kapitole, kde je krátce vymezuji. V druhé kapitole se věnuji adolescenci a jejím charakteristikám. V následující části se věnuji neurotickým poruchám, se kterými byli pacienti v pozorovaných skupinách. O psychoterapii obecně pak pojednává čtvrtá kapitola. Poslední kapitolou teoretické části je motivace k psychoterapii.

Ve druhé části se věnuji metodologické stránce mého výzkumu. V jednotlivých kapitolách podrobněji popisují výzkumnou otázku a soubor, na kterém jsem prováděla své šetření. Na konci výzkumné části je diskuze k výsledkům šetření, kde jsem se zamýšlela nad jejich možnými interpretacemi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů

Mezi klíčové pojmy, kterým se budu ve své práci věnovat, patří adolescence, psychoterapie a skupinová psychoterapie, neurotické poruchy a motivace. Tuto část bych ráda věnovala jejich stručnému vysvětlení. Každý pojem bude pak ještě dále rozveden a zařazen do kontextu mého výzkumu v následujících kapitolách.

1.1 Adolescence

Hartl a Hartlová definují adolescenci jako *“období ontogenetického vývoje člověka, kdy vrcholí proces zrání sexuálního, emocionálního a sociálního”* (2009, s. 18). Zároveň poukazuje na nejednoznačné užívání tohoto pojmu. U nás se adolescencí míní období mezi pubescencí a dospělostí, zatímco v anglické literatuře se adolescencí označuje období dospívání, včetně pubescence (Hartl, Hartlová, 2009). Při výběru pacientů do svého výzkumu jsem se držela české verze významu termínu.

1.2 Psychoterapie

Kratochvíl (2012) uvádí, že psychoterapie je specializovaná metoda léčení. *“Její cílem je vyléčit nemocného člověka nebo mu alespoň pomoci při snášení a zvládnutí nemoci a jejích následků”* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 28). Langmeier a Krejčířová (2006) také připomínají, že během terapeutického procesu se pátrá po příčinách a mechanismech, které poruchu spouští. S pomocí získaných informací pak může dojít ke zmírnění či dokonce odstranění určitých symptomů, nebo celé poruchy.

1.3 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je odvětví, které k dosažení výše zmíněných cílů využívá navíc skupinovou dynamiku. Tou se myslí vztahy členů skupiny mezi sebou i jejich vztahy s terapeutem (terapeuty). Dynamiku ovlivňuje velké množství faktorů, hlavně pak stanovené cíle a pravidla. Skupina se vyvíjí, stejně tak jako její koheze a tenze. To vše proměňuje její dynamiku, a tedy i práci skupiny.

1.4 Neurotické poruchy

Přestože je skupina těchto poruch velmi různorodá, můžeme mezi nimi najít společné znaky – jsou jimi především úzkost a tělesné projevy. Zároveň při psychických poruchách tohoto typu zpravidla nebývá silněji narušený kontakt s realitou. Příčiny neurotických poruch jsou často komplexní. Nezřídka se na nich podílí zvýšená míra stresu, vrozené dispozice i způsob výchovy v dětství, jedná se o tzv. multifaktoriální etiopatogenezi.

1.5 Motivace

Hartl a Hartlová (2009) ve svém psychologickém slovníku uvádí, že *“motivace je proces usměrňování, udržování a energetizace chování, které vychází z biologických zdrojů”* (2009, s. 328). Jelikož motivace nemusí vycházet jen z fyziologických procesů, dělí se na motivaci primární a sekundární. Primární je na bázi vrozených potřeb, zatímco sekundární se míní ty sociální povahy (Hartl, Hartlová, 2009). V rámci mé práce se budu věnovat sekundární motivaci.

2 Vývoj člověka v období adolescence

Přesné věkové zařazení adolescence se může u různých autorů lišit, ale většinou se udává věk mezi 10–20 roky (Vágnerová, 2012), je proto popisována jako období, kdy se z dítěte stává dospělý člověk. Právě díky tomu, že v průběhu adolescence proběhne tento zásadní přelom, má životní etapa dospívání své specifické znaky jak biologické, tak psychické a oba ovlivňují mimo jiné i psychotherapeutický proces a motivaci. Z biologického hlediska mluvíme o období mezi začátkem pohlavního zrání a dovršením pohlavní zralosti (konkrétně můžeme pozorovat vývoj sekundárních pohlavních znaků). Neméně významná je také akcelerace růstu. Tyto změny jsou především při abnormálním průběhu pro dospívajícího velkým tématem, protože se pak odlišuje od vrstevníků a je narušeno navazování vztahů. Co se týče psychiky jedince, dochází k výrazným změnám hlavně na emoční a kognitivní rovině. Emoční vývoj se projevuje hlavně ve zvýšené labilitě, zatímco na kognitivní úrovni se rozvíjí vyspělé, formální myšlení (Piaget a Inhelder, 2014), což ovlivňuje adolescentovy názory na okolí i na sebe samého (Langmeier a Krejčířová, 2006). V kontextu mé práce jsou opět obě proměny zásadní, protože zvýšená labilita vede mj. k menší stabilitě vnitřní motivace, zatímco vyvinuté myšlení umožňuje jednat s adolescentním pacientem více jako s dospělým, a tím do větší míry spoléhat na jeho vlastní odhodlání, že se chce vyléčit. K duševním a tělesným se dále přidávají také změny sociální, které se vyznačují hlavně emancipací od rodiny, hledáním vlastní identity a dosažením nového postavení ve společnosti (Vágnerová, 2012). I ty v konečném důsledku přispívají k převzetí zodpovědnosti za svůj život a zdraví.

Jelikož je období adolescence doprovázena tolika klíčovými přeměnami v životě člověka, dělí se pro lepší přehlednost do dvou na sebe navazujících fází. Nejznámějším dělením jsou pravděpodobně období pubescence a adolescence, které tak uvádí i Langmeier a Krejčířová (2006).

2.1 Období pubescence

Pubescence (první a druhá pubertální fáze) probíhá zhruba mezi 11–15 roky (Langmeier a Krejčířová, 2006). Jak už naznačuje latinský původ slova pubes – v překladu ochlupení, vousy, je v tomto období nejvýraznější fyzická změna.

Pozorovatelné jsou hlavně zrychlený růst, sekundárních pohlavní znaky a začátek pohlavního dospívání (první menzes u dívek a emise semene u chlapců). U Vágnerové se dočteme o následcích, které má tato proměna: *“V souvislosti s tím se mění zevnějšek dospívajícího a stává se podnětem ke změně sebepojetí i chování okolí. Biologické zrání je stimulem pro další změny, které mohou úspěšně proběhnout jen tehdy, jestliže je jedinec dostatečně připraven”* (2012, s. 368). Zpomalený vývoj může mít obzvlášť na chlapce (menší výška a fyzická síla, opožděný vývoj sekundárních pohlavních znaků) negativní dopad, snižovat jejich sebehodnocení a vyvolávat pocity nejistoty. Tyto výkyvy v emočním prožívání bývají důsledkem hormonálního vývoje stejně jako porovnávání se s vrstevníky, kteří jsou v tomto období pro adolescenty stěžejní sociální skupinou (Vágnerová, 2012).

Kolem patnáctého roku pubescent ukončuje povinnou školní docházku, což mu umožňuje vybrat si, kam chce dál profesně či studijně směřovat. Otevírá se mu mnoho možností, ale zároveň ztrácí dřívější jistoty. Dospívající přebírá stále větší míru zodpovědnosti a postupně dokazuje svému okolí i sobě, že je dostatečně kompetentní. Závislost na rodině se vytratí a jedinec si ověřuje, že se může spolehnout sám na sebe (Vágnerová, 2012).

2.2 Období adolescence

Langmeier a Krejčířová (2006) definují adolescenci jako navazující období, které trvá zhruba do 22 let života. Toto původně latinské slovo v překladu znamená dospívání, dorůstání a váže se to především k dovršení pohlavní (reprodukční) zralosti a tělesného růstu (Langmeier a Krejčířová, 2006). V tomto období dochází také k mnoha psychickým, ale i sociálním změnám. Na začátku adolescence se dítě stane v očích zákona mladistvým: dostane občanský průkaz a je trestně odpovědným. O několik let později oslaví osmnácté narozeniny, stane se plnoletým a zařadí se oficiálně mezi dospělé. Dospívající si vybírá budoucí povolání, navazuje první hlubší erotické vztahy, experimentuje s návykovými látkami, se sociálními strategiemi ap., a tím vším se zařazuje na své vlastní místo ve společnosti.

V následujících podkapitolách se budu blíže věnovat oblastem adolescentova života, které se během tohoto období významně proměňují a dle mé zkušenosti

jsou zásadní i pro léčebný proces. V průběhu psychoterapeutického kontaktu s adolescenty jsem měla možnost pozorovat, že především jejich tělo, vztahy a identita jsou ústředními tématy jejich životů a často se v důsledku toho promítají do terapie. Emoční a kognitivní vývoj je pak nutné rozebrat, protože umožňuje s adolescenty pracovat už více *dospělým* způsobem, než přicházelo v úvahu v dětství.

2.2.1 Význam tělesného vývoje

V období adolescence již tělo prošlo většinou výrazných změn, a i dospívající se stává spokojenějším se svým vzhledem. Ten bývá velkým tématem pro obě pohlaví a často ho adolescent porovnává s vrstevníky, ale i společensky přijímaným ideálem. “Kult těla je navíc podporován obecně platným sociokulturním standardem vysoké hodnoty mládí a fyzické krásy”. Míra atraktivity je při hodnocení vzhledu zásadní – vysoká míra podporuje sebevědomí jedince, nízká ho naopak snižuje. Adolescenti vnímají, že jejich vzhled je může sociálně zvýhodnit, a proto se často uchylují k intenzivní práci na svém zevnějšku. Nezřídka se snaží napodobit nějaký vzor (modelky, sportovce, aj.) a ztrácí vlastní individualitu. Část dospívajících se však smíří s nižší atraktivitou, což se může stát impulzem pro rozvoj osobnosti ve snaze vzhled kompenzovat. Ve vyšším věku si pak dospívající většinou najdou vlastní cestu, jak chtějí vypadat, a úpravou svého zevnějšku začnou vyjadřovat svou identitu.

“Jelikož změna tělesného schématu probíhá na viditelné a pociťované úrovni, jsou tyto změny všem patrné. A tak mohou vyvolávat v adolescentovi pocit ohrožení vlastní integrity, ztrátu sebejistoty či snahu popřít nové tvary těla např. vypěstováním si mentální anorexie” (Plachá, 2010, s. 22).

Na základě poznatků uvedených v předchozím odstavci považuji za podstatné zdůraznit, že tělesný vývoj nemusí být nutně tématem v psychoterapii, nicméně může silně ovlivňovat sebehodnocení a sebedůvěru pacienta, která je pro dosažení změn a úspěch léčby významná. Negativně může pacientův pohled na sebe sama ovlivnit zmíněné porovnávání se s ostatními, a to nejčastěji v situaci, kdy tělesné proměny probíhají abnormálně, popř. jsou něčím nápadné.

2.2.2 Socializace

Další klíčovou změnou a změnou která je zásadní pro možnost tvoření individuální identity je emancipace od rodiny. Adolescentní separace od rodičů je nejvýraznější sociální přeměnou tohoto období a umožňuje dospívajícímu vytvářet si vlastní názory a vymezit se doposud zažívaným principům chování. Samotné prožívání oddělování se od rodiny ale může vzbuzovat ambivalentní pocity. *“Na jedné straně dospívající touží po svobodě a nespoutanosti pravidly, na straně druhé může vnímat potřebu řádu a jasného ohraničení, které mu pomůže orientovat se ve světě, než si zajistí vlastní vnitřní harmonii”* (Plachá, 2010, s. 24).

Průběh této separaci ovlivňuje hlavně typ rodiny a samotná osoba rodiče. Pro dítě je vždy těžší se separovat při výchově pouze jedním rodičem, stejně tak když rodič separaci nepodpoří nebo dokonce odmítá. *“Komplikovaná separace může přetrvávat v podobě tzv. hostilní závislosti, kdy adolescent na jedné straně rodiče odmítá, a na druhé straně se od nich nedokáže odpoutat”* (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2000, s. 38). Podpora rodičů je pro dospívajícího stejně zásadní, jako možnost rozhodovat se sám za sebe. Je to právě možnost vrátit se do bezpečí domova, který adolescentovi umožňuje být odváznější a zkoumat i dosud nepoznané části světa. Emancipace nakonec dospěje do emoční a kognitivní autonomie. Projevy emoční autonomie můžeme pozorovat hlavně ve značném snížení míry závislosti na rodičích a jejich podpoře, kognitivní pak hlavně ve vytváření vlastních názorů a zvýšené kritičnosti při přijímání názorů ostatních (Vágnerová, 2012).

Právě snaha o autonomii je v kontextu mého výzkumu důležitá, vzhledem k tomu, že dospívající pacienti do psychoterapie často přivádějí jejich rodiče. Tímto samotným aktem přitom nenávratně narušují adolescentovo budování vlastní nezávislosti, neboť mu dají najevo, že za něj stále rozhodují oni sami. V tomto ohledu využiji hledisko Vágnerové, které zdůraňuje, že možnost svobodného rozhodování je pro dospívajícího skutečně zásadní. Pokud tedy přijde do psychoterapie adolescentní pacient, který k tomu byl víceméně donucen proti své vůli, bude prvním úkolem terapeuta pracovat právě na této situaci.

Vztahy s vrstevníky jsou v tomto období důležité zejména jako náhrada za ustupující roli rodičů v životě dospívajícího. Vrstevníci mohou uspokojit potřebu jistoty i potřebu být akceptován, což v dosavadním životě poskytovala právě rodina (Vágnerová, 2012). *“V adolescenci se ji rozvíjejí hluboké vztahy a více než 75 % adolescentů probírá svoje emocionální problémy s vrstevníky”* (Hort et al., 2000, s. 38). Vágnerová (2012) dále popisuje, že skupinová identita navíc může dospívajícímu pomoci při procesu hledání individuální identity, kdy musel opustit mnohé dosavadní jistoty. Zároveň vrstevnická skupina členům umožňuje společně získávat a porovnávat nabyté zkušenosti. Z tohoto důvodu je právě skupinová terapie velmi vhodná při práci s dospívajícími. Oproti individuálním sezením si adolescenti mohou během skupinových sezení pomáhat i vzájemně jako vrstevníci, což je pro ně mnohdy přijatelnější varianta, než si nechat *radit* od dospělého terapeuta.

Neméně významným je pak i vývoj sexuality. Jedinec si již jasně uvědomuje sexuální identitu a začíná vnímat opačné (v případě homosexuality stejné) pohlaví jako potenciální sexuální partnery. První zkušenosti erotického charakteru dospívající prožívají většinou mezi 14–16 roky, zkušenost s prvním sexuálním stykem bývá v průměru zhruba 17 let (Hort et al., 2000).

2.2.3 Vývoj vlastní identity

Všechny výše zmíněné proměny určitým způsobem ovlivňují vývoj individuální identity. Ten Erikson zařadil do své vývojové teorie jako pátý věk, který se vyznačuje konfliktem mezi identitou a zmatením rolí. Tak jako mnozí další, Erikson spatřuje hlavní úkol adolescence ve vytvoření nové, již dospělé identity. *“Mladý člověk v tomto období hledá odpověď na řadu základních otázek – kým jsem a jaký jsem, kam patřím a kam směřuji, jaké hodnoty jsou v mém životě nejvýznamnější”* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 160). Právě kladení těchto životně důležitých otázek se stává základem pro hledání vlastních názorů a hodnot a tím i pro samotné hledání vlastní identity.

Vývoji vlastní identity předchází touha poznat sebe sama, která v tomto období vzrůstá. Pro dospívajícího přestává být jeho vlastní existence samozřejmá a zaměřuje větší pozornost na svou osobnost. Tyto procesy se dají využít v psychoterapeutickém procesu, který může dospívajícímu poskytnout neutrální

a dostatečný prostor ke zkoumání sebe sama. Vnímání svého prožívání a často tedy i vnímání pocitů spojených s nemocí, se kterou přišli, může adolescentovi přinést nový pohled na situaci a to, že nemocný dál být nechce a chce tedy aktivně spolupracovat při své léčbě. Vývoj vlastní identity úzce souvisí s přijetím zodpovědnosti za to, že pacient sám utváří svůj život a hlavně on může ovlivnit, co se mu bude dál dít.

V další fázi proto adolescent začíná vzdorovat proti dosavadním identifikačním vzorcům a často si všímá, že se mění nejen fyzicky, ale i psychicky. Porovnáváním se s ostatními si vytváří vlastní obraz o své osobě a vymezuje se vůči okolí. V některých případech si pak adolescent může vytvořit představu sebe sama, která je příliš ideální na to, aby byla dosažitelná.

Všechny tyto procesy v dospívajících často vzbuzují nejistotu, či dokonce frustraci, které se buď brání (například popíráním), nebo ji přijmou jako příležitost k rozvoji. Konečné sebezpřijetí je zásadní pro vytvoření dospělé identity (Vágnerová, 2012) a proto zpracovávání nepříjemných pocitů může být zásadní tématem v terapii.

2.2.4 Emoční vývoj

Období dospívání často spojujeme s emoční labilitou a krizí. *“Nejnovější práce potvrdily tuto obecnou charakteristiku jen zčásti, neprokázaly však univerzální výskyt emočních krizí ani jejich přímou souvislost s pohlavním zráním”* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147). Dokládá to na výzkumu Meadové z roku 1953, která studovala dospívající dívky ze společnosti Mannů. Popsala, že toto období dívky vnímaly jako nezajímavé, nijak zvlášť stěžejní pro budoucí život. Meadová tím poukazuje na to, že bouře, které adolescence často přináší, nejsou podmíněny jen biologickými změnami, ale z velké míry i psychosociálními faktory (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Přesto však nelze pochybovat o vlivu hormonálních změn na citové prožívání. Ani sami dospívající často nerozumí svým nepřiměřeným reakcím a proti nepříjemným pocitům si vyvíjejí různé obranné strategie. Extrémní formou může být regrese ve vývoji, nicméně častěji je možné pozorovat pouze výkyvy do vývojově nižšího stádia. Ty slouží jako krátký odpočinek od nové role, která je zatím náročná. Když je nemožné zvládnout nějakou reálnou situaci, bývá

další variantou únik do fantazie (Vágnerová, 2012). Nicméně v pozdní adolescenci se dospívající opět emočně stabilizují. Jsou schopni zátěžové situace přijmout jako možnost k rozvoji a častěji se uplatňují autoregulační mechanismy, mj. díky dozrávání prefrontální mozkové kůry, které souvisí i s kognitivním vývojem.

V rámci svého působení v adolescentních skupinách jsem měla možnost zaznamenat, že v průběhu psychotherapeutického procesu je pacient často vystaven nepříjemným konfrontacím, kterým by se mimo terapii mohl snadno vyhnout, např. je-li našťvaný, jeho pocit někdo pojmenuje a on je nucen zabývat se tím, co v něm vztek vyvolalo, popř. proč ho není s to ho zpracovat. Jako specifikum adolescentních skupin pak vnímám to, že emoční labilita dospívajících může svým způsobem nahrávat těmto situacím, protože adolescenti nezvládají intenzivnější emoce skrývat nebo potlačovat. V dlouhodobém kontextu se to dá využít k pacientově posunu v léčbě. Krátkodobě je nicméně důležité pracovat zejména na obranných strategiích, které dospívající zpočátku užívá, jak zmiňuje Vágnerová (2012), jelikož ty mohou terapii zpomalovat.

2.2.5 Kognitivní vývoj

Podmínkou pro kognitivní vývoj je v první řadě zrání mozku a učení (získávání zkušeností). V rámci neurofyzilogického vývoje především dozrává prefrontální mozková kůra, která umožňuje efektivnější zpracovávání informací a rozhodování. Zároveň dozrává i limbický systém. Ten způsobuje zvýšenou emotivitu, kterou je možné pozorovat hlavně při velmi intenzivním, až neadekvátním prožívání – to často souvisí s nesouběžným vývojem těchto dvou oblastí, a tudíž své emoce dospívající jen stěží ovládají (Vágnerová, 2012).

Již na začátku adolescence je dospívající schopen formálního myšlení. Nabízí se možnost pracovat i s pojmy, které nejsou jasně ohraničené a snadno uchopitelné, jako je například láska nebo pravda. Charakteristický je také rozvoj komplexnějšího pohledu na situace, vnímání, že existuje mnoho úhlů pohledu na jednu věc. *“Stává se tedy schopným vyvozovat nutné důsledky z pravd pouze možných”* (Piaget a Inhelder, 2014, s. 102). Nový způsob myšlení má také

zásadní dopad na adolescentův pohled na sebe i své okolí a porovnává realitu se subjektivně vytvořeným ideálem.

V psychoterapeutickém procesu pak kognitivní vývoj umožňuje dostat se snáze do větší hloubky, protože je jedinec schopen přemýšlet o tom, že přemýšlí, proč a jak přemýšlí atp. Zároveň díky zrání mozkové kůry je dospívající pacient schopen vzít na sebe větší míru zodpovědnosti za svůj zdravotní stav. Přijetí nové kompetence může mít velmi pozitivní vliv na léčbu, protože je to posun od postoje, že se léčí kvůli rodičům, k pohledu, že je to v jeho zájmu, aby změnil své chování, protože jen tak mu může být opět dobře. Opatrnost je vhodná, co se týče emoční lability, která se může projevit mimo jiné v situacích, kdy se pacientův stav po určitém období zlepšování opět o něco zhorší. Vzhledem k doposud nezralému limbickému systému může i nepatrný propad znamenat velké zklamání a prožívání silné beznaděje, které je nutné opět zpracovat.

3 Neurotické poruchy ve sledované skupině

V této kapitole se blíže zaměřím na několik konkrétních diagnóz, se kterými jsem se setkala ve sledované skupině pacientů. U adolescentních pacientů se diagnostikuje většina poruch, které se běžně vyskytují i v dospělé populaci, proto budu v rámci diagnostických kritérií vycházet z Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (kódy F32, F40, F41 a F42). Přesto je nutné mít na paměti, že, jak jsem zmínila v předchozí kapitole, myšlení dospívajících se stále rozvíjí, a ještě nedosahuje úrovně dospělých, což může ovlivnit i jejich symptomatiku. Při psaní následujících podkapitol se pokusím popsat poruchy tak, jak jsem je pozorovala při psychoterapii adolescentů. Opírat se budu o poznatky Říčana et al. (2006), ale také o díla pojednávající o psychopatologii dospělých, protože věřím, že symptomatika dětí i dospělých se právě v období adolescence prolíná a vytváří specifické kombinace.

3.1 Úzkostné poruchy

Úzkost jako taková je přirozenou součástí života a od strachu se dá snadno odlišit nejasností předmětu, ke kterému by se přímo vztahovala (Říčan et al., 2006). Při rozvoji úzkostných poruch je úzkost prožívána dlouhodobě, přičemž se liší intenzita i situace, kdy se pocity ohrožení či obav objevují. Úzkostné poruchy doprovází symptomy na tělesné i psychosociální úrovni. Při zvýšené míře stresu tělo vnímá, že se blíží nebezpečí a snaží se proto připravit k obraně. Dochází ke zvýšenému uvolňování adrenalinu a noradrenalinu a aktivuje se sympatická část nervového systému. Tyto procesy pak zapříčiňují často popisované bušení srdce, třes, zrychlený dech, pocit sucha v ústech či silnější pocení (Orel et al., 2016).

Při skupinové terapii je projev úzkostných pacientů ovlivněn aktuálně prožívanou mírou úzkosti. Zpravidla jim trvá delší dobu, než se rozmluví, opatrnost je zpočátku vhodná při sdělování kritických názorů, protože bývají velmi citliví a obvykle více vztahovační. Poté, co se těmto pacientům podaří cítit se bezpečně a skupině důvěřovat, se většinou pomalu začínají svěřovat a jsou schopni pracovat na sobě i na problémech ostatních.

Dalším tématem, které se k úzkostným poruchám pojí, je užívání anxiolytik. Pacienti mívají k dispozici *krizové léky* a na základě své zkušenosti mohou říct,

že se k nim nezřídka staví poměrně nezodpovědně. Proto považuji za důležité zdůraznit, že i téma farmakoterapie a jejího dodržování je důležitou součástí skupinové terapie, obzvláště při probírání krizových situací a možností, jak je řešit. Obzvláště vzhledem k věku dospívajících pacientů vnímám jako zásadní hlavně riziko závislosti a předávkování, když je pacient nebere dle stanovení lékařem.

Generalizovaná úzkostná porucha bývá specifická přítomností neustálé úzkosti, která se prolíná do všeho prožívání, myšlení i vnímání. Člověk prožívající tuto poruchu je zpravidla v dlouhodobém napětí, je nervózní a často zakouší třes (Orel et al., 2016). U dětí bývají častěji přítomné somatické potíže. U adolescentních pacientů je velmi výrazným rysem nízké sebehodnocení a obavy, že “něco nezvládnou”. Tyto pocity se zpravidla střídají s vleklým odkládáním povinností a jiných stresorů, nebo naopak s až perfekcionistickými tendencemi (Říčan et al., 2006). Může být velmi těžké obzvláště pro rodiče v počátečních stádiích odlišit tuto poruchu od běžně přítomného adolescentního chování.

Fobické poruchy se ve sledované skupině vyskytovaly pouze ve formě **školní fobie**. Přestože v mladším věku je tato porucha spojována se separační úzkostí, kdy se dítě nedokáže odpoutat od rodiče, v období dospívání bývá úzkost vyvolávána jinými faktory. Těmi jsou, podobně jako u generalizované úzkostné poruchy, strach ze selhání, z podání nedostatečného výkonu, ale také z posměchu vrstevníků, či kritiky ze strany autority (učitele apod.). Jak zdůrazňuje Krejčířová “*v těchto případech je nutné zvážit, zda strach dítěte není zcela oprávněný (např. při dnes relativně častém vzájemném šikanování (. . .))*” (Říčan et al., 2006, s. 228). Oproti školní fobii je pak naopak záškoláctví úplně jiným případem, kdy toto chování hlavně v období dospívání bývá zřídka důvodem úzkost a převažují nezájem a nechť žáka (Říčan et al., 2006).

Obsedantně-kompulzivní porucha často nazývána zkratkou podle svého anglického názvu OCD, je další z řady úzkostných poruch, které se diagnostikují už u dětských pacientů. Orel et al. (2016) uvádí, že charakteristická je svými nutkavými myšlenkami a rituály, které je pomáhají udržet pod kontrolou. Při skupinové terapii s adolescentními pacienty bývají

obzvlášť rituály tématem, protože se mohou snadno stát zdrojem posměšků, nebo minimálně nežádoucích poznámek ostatních členů skupiny. Tyto situace mohou být základem pro pocity nepochopení a nechuti na skupině pracovat.

Panická porucha je pak oproti předchozím odlišná především svým průběhem. Zpravidla se při této poruše objevují záchvaty masivní úzkosti, tedy paniky, které pacient často prožívá jako přímé ohrožení života. Tělesné symptomy se projevují velmi silně, a proto obzvlášť při počátcích této poruchy pacienti často obcházejí nejružnější somatické lékaře. Jednotlivé epizody přicházejí náhle a trvají poměrně krátkou dobu. Sekundárně se u panické poruchy může objevit i anticipační úzkost, protože se pacient začne obávat dalších záchvatů a jejich okolností (Orel et al., 2016).

3.2 Deprese

U adolescentních pacientů pozorujeme u depresivní poruchy stejné symptomy jako u dospělých pacientů. Mezi hlavní patří porucha nálady, zvýšená únava a izolace, což se může projevit i při skupinové práci. Depresivní pacienti prožívají pocity beznaděje a může být těžké je přimět věřit v možné zlepšení jejich stavu. Krejčířová v kapitole Emocní poruchy a poruchy chování v dětství a v dospívání zdůrazňuje, že je nutné být pozorný k abnormalitám v chování dospívajícího vzhledem k tomu, že výkyvy nálady, poruchy spánku a další projevy typické pro adolescenci, mohou být také příznaky deprese. Konkrétně udává situace *“dojde-li u dítěte k náhlému zhoršení prospěchu ve škole nebo k náhle začínajícím poruchám chování, ale i při některých somatických obtížích”* (Říčan et al. 2006, s. 235).

Hlavním rizikem spojeným s depresivní poruchou jsou sebevražedné tendence a jednání. Obzvlášť v období adolescence je riziko suicidia velmi vysoké a je proto nezbytné psychické problémy zavčas řešit.

4 Skupinová psychoterapie

4.1 Principy a metody psychoterapie

Hlavní metodou léčby psychické nemoci či poruchy je psychoterapie, která se dělí na individuální, rodinnou a skupinovou. Při charakteristice psychoterapie vycházím především z díla Kratochvíla (2012), jehož teoreticko-praktický přístup mi pro účel této práce připadá nejvhodnější. Kratochvíl vysvětluje psychoterapii jako činnost velmi specifickou a vymezuje jejích pět základních atributů.

1) Využívá *psychologické prostředky*, ke kterým *“patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj“* (Kratochvíl, 2012, s. 15).

Typicky je proto psychoterapie vedena jako rozhovor dvou a více osob.

2) Působí na *nemoc nebo poruchu*, které jsou psychogenní podstaty nebo mají psychické následky. *“Je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy a na činitele, které poruchy vyvolávají”* (Kratochvíl, 2012, s. 15). Psychoterapie je léčebná metoda, která působí na celý organismus pacienta, skrz jeho psychiku. Z tohoto důvodu jsem se ve svém výzkumu zaměřila i na potíže s jídlem nebo spánkem, které mohou být jak fyziologického, tak psychického původu.

3) Má za úkol *redukovat či odstranit potíže* a, je-li to možné, pak i *odstranit jejich příčiny*. Úspěch terapie může spočívat pouze ve vymizení symptomatiky, nicméně stále častěji je cílem celkový rozvoj osobnosti pacienta. Předpokládá se, že symptomy při tomto typu léčby vymizí spíš jako důsledek této osobnostní změny. V mé práci se nicméně zaměříme pouze na symptomy a úspěšnost léčby budeme odvozovat od jejich výskytu a intenzity.

4) *“V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta”* (Kratochvíl, 2012, s. 15). Tyto proměny pacientovi umožňuje široké množství procesů probíhajících během terapie. Jsou jimi například možnost získání korektivní emoční zkušenosti tím, že si pacient odžije již prožitou situaci jinak, nebo naopak zažije něco úplně nového. Je jím ale také třeba vztah s terapeutem nebo konfrontace s problémy, kterým se za jiných okolností

člověk vyhýbá. Pacientovi jsou v terapii také zprostředkovány jiné pohledy na situace a problémy, čímž získává nový náhled a dostává možnost vyzkoušet si jiný způsob chování. Je vytvořen bezpečný prostor pro sebeexploraci.

5) V neposlední řadě je pak nutné zdůraznit, že psychoterapii může provádět vždy pouze *kvalifikovaná osoba*. K léčbě pacientů je vyžadováno vzdělání, které se odvíjí od složitosti psychoterapie. Rozpětí se pohybuje od podpůrné psychoterapie po systematickou. Podpůrnou je oprávněna provádět osoba s lékařským či psychologickým vzděláním (v některých případech pak i zdravotní sestry nebo sociální pracovníci). Naopak k systematické psychoterapii je třeba, aby měla osoba i speciální výcvik.

“Skupinová terapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem” (Kratochvíl, 2009, s. 15). Dnes se jedná o velmi rozšířenou metodu, která však vznikla až jako takzvaná třetí revoluce v psychiatrii, kdy si psychiatrii uvědomili důležitost sociálního faktoru. Právě ten, v podobě skupinové dynamiky, je hlavním rozdílem od individuální nebo hromadné psychoterapie. Nejčastěji se můžeme setkat se skupinami, které vedou dva terapeuti – typicky muž a žena. Yalom a Leszcz proto zdůrazňují paralelu mezi skupinovou terapií a rodinou a uvádí, že *“Terapeutická skupina připomíná v mnohém rodinu: jsou to autoritativní rodičovské postavy, vrstevníci/ sourozenci, hluboká lidská sdělení, silné emoce a hluboká lidská důvěrnost stejně jako nenávisť a rivalita”* (2007, s. 34).

Díky společnosti ostatních si mohou jedinci znovu prožít konflikty ze svého života, nicméně v rámci terapeutického prostředí získají novou a korektivní zkušenost. Tyto zážitky podporují cíle skupinové terapie, kterými mohou být změna nesprávných postojů díky vhledu do problematiky, porozumění interpersonálním vztahům, rozvinutí osobnosti jedince a v neposlední řadě redukce chorobných příznaků (Kratochvíl, 2009). Konkrétně při dětské skupinové terapii pak Langmeier, Balcar a Špitz zmiňují dva hlavní cíle, kterými jsou *“(…) zejména výchova emocí a jejich kontrola. To však je cíl spíše druhotný, odvozený od prvotního, jímž je podle našeho soudu především vyjádření a zpracování emocí”* (2000, s. 248). K dynamice skupiny velmi přispívá její složení, které by vždy mělo být velmi pečlivé, aby bylo prostředí

dostatečně bezpečné a podpůrné, aby se členové otevřeli, ale zároveň natolik konfrontační, aby dokázali nahlédnout a následně změnit své maladaptivní vzorce chování.

Vymětal (2003) zdůrazňuje, že skupinová terapie se dá rozdělit na terapii ve skupině a terapii skupinou. První přístup představuje terapii, při které se skupina pacientů setkává a pracuje většinou na problému jednoho člena. Druhým je pak varianta, kdy se terapeut drží zpátky a pouze podporuje skupinovou práci. Pacienti se tak učí vzájemné komunikaci a spolupráci, což si přenáší do svých životů. Ve sledované skupině jsem zaznamenala spíše první variantu. Jsem toho názoru, že byla nezbytná větší angažovanost terapeutů vzhledem k omezenému množství času. Bylo patrné, že pacienti ve snaze vyhnout se těžkým tématům mají tendenci sklouzávat k neurčitým sdělením a tématům. Ta pro terapii nebyla příliš důležitá, a proto bylo vhodné, že terapeuti zasahovali do děje a v některých chvílích direktivně odklonili téma hovoru jinam.

V rámci vymezení skupinové terapie je také vhodné ji odlišit od hromadné psychoterapie – v té sice působí terapeut na vícero pacientů zároveň, ale oni už neinteragují mezi sebou. Tento postup je často využíván například při kolektivní hypnóze (Kratochvíl, 2009), nicméně ve sledovaných skupinách využíván nebyl.

4.2 Skupinová terapie pro neurotické pacienty

Pacienti v psychoterapeutických skupinách zaměřených na léčbu neuróz vykazují různé druhy neurotických poruch a symptomů s nimi spojených. Důležitější, než konkrétní diagnóza je u tohoto druhu pacientů hlavně motivace k léčbě, především pak ke zmírnění příznaků. Stěžejní je také motivace pracovat na sobě, která zvyšuje předpoklad spolupráce, a tím i vyšší angažovanost během probírání problémů ostatních. *“Je třeba vzít v úvahu zisk z choroby, např. rentové tendence, které snižují motivaci ke změně”* (Kratochvíl, 2009, s. 35).

V pozorovaných skupinách bylo zřejmé, že povaha psychických poruch ovlivňuje samotné průběhy sezení v tom smyslu, že noví pacienti byli často příliš uzavření a ponoření do svých problémů, než aby na skupině pracovali.

Zásadní obzvlášť pro úzkostné pacienty je dostatek času na adaptaci a vytvoření důvěry k ostatním členům skupiny, stejně jako k terapeutovi (terapeutům).

4.3 Skupinová terapie u dětí a dospívajících

Terapie skupinou je možná od věku, kdy jsou děti schopné paralelní, ještě lépe pak kooperativní hry. V tu chvíli se dá využít skupinová terapie hrou. Tento druh může být s přibývajícím věkem nahrazen činností terapií a později (často právě v období adolescence) terapií rozhovorovou. Důležité je také zmínit, že pro děti, stejně jako dospívající je skupina přirozené prostředí, a proto, byť uměle vytvořená, má terapeutická skupina často nezastupitelné místo v jejich léčbě (Langmeier et al., 2000).

V rámci mé práce jsem měla možnost pozorovat to, co Langmeier et al. (2000) uvádí jako tři základní rozdíly mezi chováním dětí a dospělých při skupinové terapii. Prvním je větší míra bezprostřednosti při vyjadřování vlastních pocitů a postojů. Domnívám se, že obzvlášť v období adolescence je tato charakteristika výstižná, protože adolescenti, na rozdíl od dospělých, nemají tolik zábran projevat své emoce, a navíc se ve skupinách dospívajících můžeme setkat s obdivem těch, kteří jsou schopni takzvaně narovinu říct, co si myslí. V důsledku toho jsou sebejistější jedinci odvážnější a v bezpečném prostoru skupinové terapie si jsou ochotni sdílet víc než v prostředí mimo terapii.

Další odlišností pak je, že k projevení citů dochází častěji skrz chování než slovy. I u starších, adolescentních pacientů se proto může objevovat například otevřená agrese a jinak proměnlivé chování. Během svého pozorování jsem toto zaznamenala hlavně při negativních emocích jednotlivých pacientů, které třeba nedali najevo, nicméně byly zřejmé z jejich chování – například odvrácení se, schoulení se do deky, nebo naopak zvednutí ze židle a divoké gestikulace. Za důležité považuji, že dospívající pacienti nejsou někdy schopni pojmenovat svůj strach, nejistotu, zlost a jiné další pocity, protože nejsou s to svému prožívání rozumět. Dalším faktorem, který toto ovlivňuje, je často i jejich stud, protože mohou brát negativní emoce (hlavně třeba smutek či strach) jako určitou známku slabosti, kterou chtějí skrýt. Je proto důležité si všimnout jejich

nonverbálních projevů a je přínosné často i pro pacienty samé tyto poznatky pojmenovávat a mluvit o nich.

V neposlední řadě pak dospívající snáze projevují negativní emoce a postoje. Pro dospělé pacienty není tak snadné se navzájem otevřít, mají v sobě často stud a již zakořeněná pravidla o tom, co smí komu říct. Pro adolescenty je nicméně přirozené se spontánně sdružovat do skupin a trávit v nich většinu času, což vede k rychlejšímu nastolení bezprostřední a přímočaré atmosféry, která terapeutický proces urychluje (Langmeier et. al, 2000). To je zapříčiněno ustupující roli rodičů, která byla dřív zásadní a v období dospívání je nahrazována přítomností vrstevníků. Ty jsou tudíž pro adolescenta stěžejní. Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, není pro dospívající neobvyklé svěřovat se svým vrstevníkům, díky čemuž i skupinová práce může nabrat rychlejší spád.

5 Specifika psychoterapie adolescentů

5.1 Začátek psychoterapie

Adolescentní pacienti přichází do psychoterapie zřídka na svou vlastní žádost – mnohem častěji jsou přivedeni rodiči, nebo dostanou doporučení od lékaře. Právě výchozí podmínky přitom hrají důležitou roli v následném terapeutickém procesu. *“Ve srovnání s dospělými pacienty, kteří většinou vstupují do terapie připraveni a ochotni sdělit terapeutovi velmi otevřeně, co je trápí, jsou adolescenti mnohem uzavřenější”* (Prokopec, 2007, s. 24). Narozdíl od dospělých dospívající nepřicházejí s vědomím, že potřebují pomoc, naopak často vnímají, že problém má jejich okolí, především pak rodiče. *“Terapeuta vnímají jako cizí osobu, která je má „srovnat“ a nikoliv jako někoho, kdo by jim mohl pomoci. Navíc je to pro ně další autorita vstupující do jejich života a k jako takové obvykle zaujímají odmítavý postoj”* (Prokopec, 2007, s. 24).

“Vzhledem k obvyklým obavám a odporu adolescenta je v prvním sezení hlavním úkolem terapeuta vést je tak, aby pacient byl ochoten přijít i podruhé” (Říčan et al., 2006, s. 511) zmiňuje autor kapitoly Balcar (osobní sdělení, 12. 2. 2019) a vysvětluje tři zásadní kroky, kterými může terapeut tohoto dosáhnout. Zaprvé je nutné, aby se pacient během sezení cítil příjemně – k tomu je možné využít samotné kladení otázek. Místo dospívajícím očekávaných otázek zaměřených na problém, se kterým přichází, terapeut může rozhovor zaměřit na věcné informace. Pokud pacient přichází kvůli zanedbávání školní docházky, je žádoucí směřovat hovor na to, jak se ve škole cítí atp., místo přímého pátrání po důvodu tohoto chování.

Zadruhé je potřebné vzbudit v dospívajícím zájem nebo přinejmenším zvědavost o psychoterapii. *„Aby terapeut adolescenta zaujal, musí mu zároveň ukázat, že jejich vztah se bude podstatně lišit od většiny vztahů, které zažil s rodiči, vrstevníky, učiteli a jinými lidmi, kteří se mu dosud neúčinně snažili pomoci“* (Říčan et al., 2006, s. 512). Poté, co se tedy na sezeních začne pacient cítit dobře, je důležité přistoupit k dalšímu kroku a reflektovat a interpretovat jeho chování při rozhovoru. V rámci toho, je možné poukázat například na rozpory mezi tím, co adolescent říká a jak se chová. Tento typ rozhovoru pak dává jasně najevo, že terapeut je schopen vnímat i to, co zůstalo nevyřčeno,

a díky tomu pacientovi pomoci (Říčan et al., 2006).

V neposlední řadě je žádoucí jasně vymezit adolescentovu roli během terapie a motivovat ho tak k další spolupráci. Když pacient zjistí, co se od něj během sezení očekává a má vidinu dosažitelného cíle, pak je vysoká šance, že jeho vnitřní motivace, a tudíž i tendence spolupracovat vzroste. Zároveň mu může pomoci ujasnit si i terapeutovu roli a co ze své pozice terapeut může, nebo nemůže/ nebude dělat (a to hlavně ve vztahu k rodičům a jiným autoritám).

V rámci skupinové terapie je také možné využít vlivu dalších členů, kteří mohou nově příchozího pacienta inspirovat vlastní aktivitou a spoluprací. Jak bylo již zmíněno v kapitole o adolescenci, vrstevnické skupiny hrají v období dospívání zásadní roli v důsledku ustupujícího vlivu rodičů. Lze předpokládat, že pokud mezi členy panuje motivovaná a spolupracující atmosféra, pak se i příchozí pacient zapojí do práce, protože nebude chtít vyčnívat. Zároveň je pravděpodobné, že pokud nový pacient uvidí, že ostatní členové skupiny terapeutovi věří a jsou otevření, pak i on sám se rychleji uvolní a překoná počáteční nedůvěru.

5.2 Komunikační specifika

V kapitole o adolescenci jsem se věnovala několika oblastem, které jsou významné jednak pro samotný vývoj jedince, ale také pro psychoterapeutický proces, který je pro mou práci stěžejní. Základem celé psychoterapie je ale komunikace, a proto bych se chtěla zaměřit na některá její specifika v období dospívání.

Komunikaci v tomto věku ovlivňuje několik faktorů, ale především psychický vývoj a snaha se prosadit ve společnosti. Plachá ve své diplomové práci zmiňuje, že *“Během dospívání se kvalita komunikace formuje a dozrává. Jedinec si osvojuje schopnost tvořit kompromisy či naslouchat druhému. Zároveň je komunikace v tomto období oblastí konfliktů a nedorozumění vznikajících jak v rodině, tak ve škole”* (2010, s. 34). Pomezí mezi dětstvím a dospělostí zapříčiňuje nejednotné zacházení ze strany okolí, což v adolescentovi začne brzy vyvolávat negativní emoce (nejčastěji vztek a pocit nespravedlnosti). Proti tomu, aby s ním bylo komunikováno jako s dítětem, se vymezuje, nicméně zároveň nemá vždy na jednání stylem dospělých, hlavně

kvůli svému labilnějšímu prožívání.

“V období pozdní adolescence se komunikační styl dospívajících mění a začíná se přibližovat běžnému standardu” (Vágnerová, 2012, s. 445). To se dá opět přisuzovat i celkovému zklidnění dospívajícího. Důležitou roli hraje také vykání, se kterým se adolescenti dříve příliš neselekali a nyní ho mohou prožívat jako potvrzení jejich nového společenského postavení.

Na základě svého pozorování adolescentních skupin jsem zaznamenala, že je v nich i poměrně specifická skupinová dynamika, která je způsobena jejich často velmi přímočarou a otevřenou komunikací. Zejména jsem to vnímala ve chvíli, kdy překonali prvotní zábrany. Přisuzuji to tomu, že narozdíl od dospělých se v tomto věku členové ještě tolik neobávají toho, že by se někoho mohli dotknout, a proto pro ně může být snazší dát průchod prožívaným pocitům. V rámci toho je dobré zdůraznit i občasnou potřebu usměrnění jejich komunikace, která se byť nevědomě může stát zraňující a je vhodné se vyhnout přílišné kritice obzvláště úzkostných pacientů.

6 Motivace k psychoterapii

Přestože můžeme v Psychologickém slovníku Hartla a Hartlové (2009) nalézt definici motivace, jak jsem již zmínila na začátku teoretické části, nedá se říct, že by byl tento termín jednotně definován napříč celou psychologií. Pro účely své práce budu vycházet mj. z formulace Nakonečného (1999), který popisuje motivaci jako proces, který má určitý cíl a k jeho dosažení jedinec využívá chování, které se vyznačuje intenzitou a trváním v čase.

Jeden ze základních kamenů, na kterých jsem stavěla při tvorbě své výzkumné otázky a následně i hypotézy, jsou Základy psychoterapie. Stanislav Kratochvíl (2012) zde popisuje výzkum psychoterapie a mj. i různé proměnné v pacientovi, například pak jeho osobnost. Zmiňuje několik faktorů, které se podílejí na výsledné motivaci k léčbě psychoterapií: *“faktory, týkající se vztahu pacienta k léčbě, a to jak všeobecná pacientova snaha o vyléčení, (. . .), tak specifická motivace k léčbě daným druhem terapie, očekávání zlepšení a očekávání, co se v terapii bude dít a jak se terapeut bude chovat”* (Kratochvíl, 2012, s. 329).

Tyto kategorie se do určité míry prolínají s těmi, se kterými jsem pracovala v rámci výzkumu - zakoušení duševní tísně, vstřícnost druhých za příznaky, naděje na zlepšení stavu, popírání potřeby nemoci, iniciativa pro psychoterapii a znalosti o psychoterapii. Obě tyto hlediska se shodují, že povědomí o tom, co se v psychoterapii odehrává a co vůbec znamená léčba psychoterapií, má pozitivní dopad na míru motivace pacienta. Stejně jako u některých dalších i touto cestou lze totiž zvýšit pacientovu důvěru v to, že mu psychoterapie může pomoci, což ve výsledku posiluje jeho iniciativu a spolupráci s terapeutem (za předpokladu, že se vyléčit chce).

Z hlediska touhy po uzdravení a s tím spojenou motivací k (jakékoli) léčbě je důležitý i sekundární zisk z nemoci, jak také zmiňuje Kratochvíl (2012). *“Sekundární zisk přináší potvrzení sociální role nemocného; jde o složité komunikační chování na různých úrovních sloužící změně”* (Javornická, 2015, s. 21). V dotazníku FPTM-23 je tento faktor nazván vstřícnost druhých za příznaky, čímž se nicméně myslí to samé – péče okolí, úlevy při plnění povinností, pozornost věnovaná nemocnému atp. Často platí, že čím vyšší je

míra těchto vstřícností vůči pacientovi z důvodu, že je nemocný, tím menší je jeho snaha se vyléčit, jelikož by o tyto výhody nenávratně přišel.

Při práci s adolescenty jsem měla možnost si všimnout, že na rozdíl od mladších dětí začínají být mnohem více orientovaní na výkon, respektive na dosažení cíle. Techniku, skrz kterou se tento potenciál dá využít v léčebném procesu, popisují i Langmeier et al. (2000, s. 103) a uvádí, že “(...) *technika plánování, která vymezuje cíl a strategii k jeho dosažení v konkrétních podrobnostech*”. V kontextu motivace k psychoterapii mi obzvlášť v práci s touto věkovou skupinou přijde důležité zdůraznit roli očekávání zlepšení, potažmo odhodlání dosáhnout změny.

V první fázi ovlivňuje očekávání především důvěra v terapeuta a víra, že psychoterapie může dospívajícímu skutečně pomoci. Jak už jsem zmínila v předchozí kapitole, toho může být snadněji dosaženo právě ve skupinové terapii, kde může adolescent pozorovat přístup ostatních pacientů, kteří si už důvěru vytvořili, nebo s ní v nejlepším případě už přicházejí. V druhé fázi je ale také nutné povzbudit pacienta v jeho víře v řízení sebe sama a ve vědomí, že on sám je schopen změnit svůj život, pokud to bude chtít. “*Plány představují zároveň měřítko úspěšnosti v sebeřízení, a tím i základ pro sebehodnocení,*” (Langmeier et al., 2000, s. 103), je tedy důležité, aby pacient vnímal progres v přibližování se svému cíli a mohl na základě toho hodnotit sebe sama a tím byl povzbuzený k další práci. Toho hledisko potvrzuje i práce Rollnicka & Millera (1995), kteří přišli s metodou *motivační interview* (citují podle Prochaska a Norcross (1999)). V rámci něj se terapeut se terapeut snaží, aby změnu inicioval klient, jeho cílem tedy není klienta přesvědčit.

Z poznatků uvedených v tomto oddíle vnímám jako zásadní, že přijetí zodpovědnosti za svůj stav a z ní vycházející sebedůvěra a vyšší sebehodnocení je stěžejní faktor ovlivňující dlouhodobou práci, a tedy i pacientovo setrvání v psychoterapii. V návaznosti na podkapitolu o psychickém vývoji adolescentů je myslím vhodné zmínit, že práce na sebehodnocení pacienta je o to důležitější, když se jedná o pacienta adolescentního. Právě o dospívajících totiž víme, že jejich sebehodnocení bývá často zkreslené a proměnlivé.

VÝZKUMNÁ ČÁST

1 Zkoumaný problém a cíl výzkumu

V průběhu své stáže s adolescentními pacienty jsem si všímala, jak velkým tématem je jejich velmi často nedobrovolný příchod do terapie. Vnímala jsem, že hned na začátku léčby stál terapeutický tým (především pak dvojice vedoucí skupinu) před těžkým úkolem, a to přesvědčit adolescenta, že mu oni i celá skupina mohou být prospěšní. Jinak řečeno, bylo potřeba zapracovat na motivaci pacienta, aby byl vůbec ochotný v terapii pokračovat i po prvním sezení.

V průběhu léčby jednotlivých pacientů jsem vnímala rozdíly mezi těmi, kteří přijali psychoterapii jako výzvu a možnost změnit svůj život k lepšímu a těmi, kteří zůstali nemotivovaní a léčbu do určité míry odmítali. Nepřestává mě fascinovat, jak je u dospívajících vnitřní motivace křehká. Často stačil jeden den nebo jedna epizoda, kdy bylo pacientovi hůř, a důvěra v psychoterapii i v sebe sama rázem velmi klesla.

Všímala jsem si samozřejmě i rozdílů v pokroku, kterého jednotliví pacienti za určitou dobu dosáhli. V některých chvílích bylo velmi jasně vidět, že ti, kteří skutečně chtějí z psychoterapie vytěžít co nejvíc a jsou proto více aktivní, dělají velké posuny. Vedle takových pacientů se pak vyjíмали ti, kteří brali terapii jako něco, co se musí přetrpět, potažmo odsedět, ale k ničemu jim to není. Ti často dlouhodobě stagnovali a v některých případech ani nebylo jasné, s jakým tématem vlastně přicházejí, protože se odmítali skupině otevřít.

V rámci svého kontaktu s adolescentními pacienty a pozorování toho, jak se jejich stav zlepšuje, nebo naopak zhoršuje, jsem začala přemýšlet o tom, co všechno léčebný proces ovlivňuje. Ze zkušeností, které jsem měla možnost získat, jsem došla k tomu, že právě motivace hraje v psychoterapeutickém procesu nezastupitelnou roli. Zároveň jsem se setkala s tím, že přestože většina samotných psychoterapeutů považuje motivaci za důležitou, v průběhu léčby se práci na ní příliš nevěnují. Proto jsem se rozhodla provést výzkum na toto téma a dát si za cíl pokusit se dokázat, zda je motivace v souvislosti s léčbou důležitá i ve zkoumaných skupinách.

V neposlední řadě vidím potenciál svého výzkumu i v jeho využití jako určité formy zpětné vazby pro psychotherapeutický tým vedoucí zkoumané skupiny. Věřím tomu, že pokud výsledky prokáží, že motivace k psychoterapii hraje roli, co se úspěšnosti léčby týče, pak by bylo vhodné rozvíjení motivace pacientů zařadit i do psychotherapeutického dění.

2 Výzkumný soubor a situace šetření

Jako zařízení, kde provedu svůj výzkum jsem si po uvážení okolností vybrala kliniku ESET v Praze. Narozdíl od státní nemocnice bylo získání souhlasu vedení kliniky záležitostí pár dní, navíc mají v ESETu hned dvě psychoterapeutické skupiny pro adolescentní pacienty. Obě skupiny se setkávají jednou týdně, jsou polootevřené, běží už delší dobu a pacienti se průběžně připojují a končí.

Ve výzkumném souboru, který sestával z 16 pacientů, bylo zahrnuto celkem 6 chlapců a 10 dívek. Průměrný věk při jejich příchodu do terapie byl 14,1 roku. V současnosti byl věkový průměr 17,1 roku. Stejně jako věk se poměrně hodně variovala i doba, po kterou pacienti již dochází do psychoterapie. V průměru byli pacienti v psychoterapeutické léčbě skoro tři roky (průměr = 2,9 let, SD = 2,17).

S pacienty jsem se setkala při sběru dat, který probíhal jednorázově v rámci jejich standardních skupinových setkání – u jedné skupiny v pondělí, u druhé ve čtvrtek. V obou případech mě terapeuti představili a následně jsem pacientům vysvětlila, o co bych je chtěla požádat a k čemu budou data sloužit. Členové skupin mi také podepisovali informovaný souhlas. Při přípravě výzkumu jsem brala ohled i na nízký věk respondentů. Většina pacientů byla nezletilá, a proto jsem vytvořila informovaný souhlas i pro zákonné zástupce adolescentů, který spolu s krátkým průvodním dopisem, o co se jedná, vzali domů podepsat.

Vzhledem k tomu, že mnou zvolené terapeutické skupiny už nějaký čas fungují, jsem nemohla udělat šetření na začátku léčby a pak po určité době probíhající psychoterapie a porovnat výsledky. Byla možnost, že bych dotazníky dala jen potenciálním nově příchozím pacientům a postavila výzkum pouze na nich. Bohužel se ukázalo, že nových pacientů je příliš málo. Proto jsem se rozhodla pracovat s tím, že si pacienti pokusí vybavit, v jakém rozpoložení přišli poprvé do psychoterapie, a první dotazníky zodpoví dle toho. Druhé pak vyplní podle svého aktuálního stavu a prožívání.

Jsem si vědoma, že se nedá spoléhat na to, že by si dotazovaní pacienti vzpomněli přesně na počátky své léčby. Přesto věřím, že vzhledem k tomu,

že u většiny pacientů nepřesáhla dosavadní doba terapie 5 let, tak si mohou vybavit mnoho detailů ohledně toho, jak jim tehdy bylo a s čím do psychoterapeutického procesu vstupovali. Během šetření jsem se také nesetkala s tím, že by měl někdo potíže se splněním tohoto zadání.

V druhé fázi sběru dat jsem potom pacientům administrovala znovu posuzovací stupnici i dotazník FPTM-23. Ty měli vyplnit na základě svého nynějšího stavu.

Během sběru dat byly na pacientech zprvu patrné rozpaky, že mají vyplňovat dotazníky o svém prožívání a svých pocitech. Neměli však problém se výzkumu zúčastnit, když jsem je ujistila, že od nich nechci žádné konkrétní údaje jako je jméno a stačí mi pohlaví a věk.

3 Výzkumná otázka a hypotézy

Ve svém výzkumu zjišťuji, jestli a pokud ano, tak jak, existuje vztah mezi motivací k psychoterapii adolescentních neurotických pacientů k výsledkům jejich léčby. Otázku jsem si položila na základě hledisek uvedených v teoretické části, která předpokládají, že motivace k léčbě je jedním ze stěžejních faktorů přispívajících k úspěšnosti psychoterapie.

1. **obecná hypotéza: u pacientů v psychoterapeutických skupinách bude celkově průkazný rozdíl mezi skóry stupnic dotazníku a sebeposouzení na počátku psychoterapie a v současnosti v příznivém směru.** Toto očekávání zakládám na psychologických poznatcích dříve zmíněných autorů, kteří pracují s motivací jako s nezastupitelnou součástí psychoterapeutického procesu. Zároveň ho zakládám i na vlastní zkušenosti, kdy jsem u zkoumané skupiny pacientů pozorovala.
2. **nulová hypotéza: mezi počátečním měřením a současnou výpovědí nebudou žádné statisticky průkazné rozdíly.**

4 Metody šetření: dotazník FPTM-23 a posuzovací stupnice

Při rozhodování o tom, jak u členů zkoumaných psychoterapeutických skupin měřit míru jejich motivace k psychoterapii a z čeho se jejich motivace skládá, jsem dala přednost již standardizované metodě „Dotazník motivace k psychoterapii – FPTM“, převedený k tomuto účelu z původního německého znění (Nübling & Schulz, 2002). Z důvodu jednorázového sběru, při kterém pacienti vyplňovali dotazník hned dvakrát po sobě, jsem dala přednost jeho zkrácenému znění FPTM – 23 o 23 položkách. Psychometrické vlastnosti a faktorová skladba byly přezkoumány na reprezentativním vzorku pacientů prodávajících psychoterapii a vykazaly velmi uspokojivé hodnoty ve vztahu k původnímu znění (Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003).

Uvedení autoři poukazují na to, že je dosud známo jen málo nástrojů k měření motivace pacientů k psychoterapii. I ty však vykazují některé nedostatky týkající se psychometrické standardizace a empirického ověření (Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003). Autoři mnou zvolené metody využili i osvědčené položky z těchto různých zdrojů a podařilo se jim sestavit dotazník s již ověřenými psychometrickými vlastnostmi včetně reprezentativnosti pro oblast motivace, které podle zveřejněných výsledků vykazují stálost své faktorové skladby (Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003).

Skladba motivace sestává ze šesti faktorů, které se opakovaně potvrdily v původním i ve zkráceném znění dotazníku,

1. zakoušení duševní tísně – LD,
2. vstřícnost druhých za příznaky – ZW,
3. naděje na zlepšení stavu – HO,
4. popírání potřeby pomoci – VH,
5. iniciativa pro psychoterapii – IN,
6. znalosti o psychoterapii – WI.

Získané hrubé skóry z tohoto dotazníku jsem pak užila ke statistické analýze vztahů původní a současné motivace k vykazovaným změnám ve výskytu neurotických příznaků u sledovaných pacientů získaných posuzovacími

stupnicemi. V rámci výzkumu jsem pracovala s tím, že s určitou opatrností lze symptomy chápat jako ukazatele účinků prodělané psychoterapie.

Posuzovací stupnici symptomů jsem si oproti dotazníku na motivaci sestavila sama na základě nasbíraných zkušeností, s čím adolescentní pacienti do psychoterapie přicházejí. Konečnou verzi posuzovací stupnice jsem pak zformovala na základě rozhovoru s terapeuty těchto skupin. Probírali jsme, jaké potíže pacienti nejčastěji udávají, ale také jaké další problémy vyplují na povrch během psychoterapeutického procesu a stanou se tak tématem skupinových sezení. Z širšího výběru jsme se zmíněnými psychoterapeuty došli k finálním deseti, kterými byly

1. kolísání nálady
2. problémy s jídlem
3. problémy se spánkem
4. nervozita
5. poruchy soustředění
6. nízké sebehodnocení
7. úzkost
8. deprese
9. přebytek energie
10. nedostatek energie.

U všech těchto položek pacienti volili, nakolik v současné době (respektive v době počátku léčby) prožívají uvedené potíže. Následně pak zaškrtnli na stupnici, zda je prožívají/ spíše prožívají/ spíše neprožívají/ neprožívají.

Dalším faktorem, který ovlivňoval vytváření posuzovací stupnice, byla jeho délka, respektive jsem se ji snažila udělat co nejkratší. Jak jsem zmínila v předchozí kapitole, pacienti vyplňovali posuzovací stupnici i dotazník FPTM - 23 hned dvakrát za sebou. Vzhledem k tomu jsem se tedy snažila o co nejmenší počet otázek, které by museli zodpovídat. Jednak vzhledem k jejich možné únavě v průběhu sběru dat, ale i v rámci snahy zasahovat co nejméně do následné skupinové terapie.

5 Výsledky šetření a statistické zpracování získaných dat

Po získání všech výsledků byla statisticky testována nulová hypotéza na hladině pravděpodobnosti 0,05 pomocí jednostranného t-testu rozdílu průměrů pro závislé soubory. V posuzovací stupnici na symptomy psychických obtíží je statisticky průkazný rozdíl v kolísáním nálady, poruchách soustředění, nízkém sebehodnocení, depresivitě, úzkostnosti a nervozitě (tučně zvýrazněné výsledky t-testu v tabulce). Je vhodné zmínit, že i u statisticky neprůkazných rozdílů došlo u většiny příznaků ke zlepšení.

Tabulka výsledků posuzovací stupnice symptomů

	průměr na počátku	průměr v čase měření	t-test p:
kolísání nálady	1,6	2,1	0,04
problémy s jídlom	2,9	2,8	0,67
problémy se spánkem	2,0	2,3	0,12
nervozita	1,3	1,9	0,01
poruchy soustředění	2,0	2,5	0,01
nízké sebehodnocení	1,5	2,0	0,02
úzkost	1,6	2,3	0,01
deprese	1,5	2,1	0,01
přebytek energie	3,4	3,3	0,86
nedostatek energie	1,9	2,0	0,29

Ve výsledcích dotazníku FPTM – 23 byl na rozdíl od posuzovací stupnice statisticky významný pouze faktor IN – iniciativa pro psychoterapii (v tabulce zvýrazněný tučně).

Tabulka výsledků dotazníku motivace

	průměr na počátku	průměr v čase měření	t-test p:
LD	7,0	7,8	0,28
ZW	7,4	7,4	1
HO	10,7	11,1	0,69
VH	11,2	11,8	0,56
IN	11,4	9,9	0,02
WI	9,8	7,9	0,07
součet	20,3	17,5	0,14

6 Diskuze a závěry z výzkumu

6.1 Metodologická část

Z hlediska metodologického jsem si vědoma několika faktorů, které oslabují výpovědní hodnotu mého výzkumu. Je jím především velké rozpětí věku pacientů a odlišné množství času, které již strávili v psychoterapii. Dalším faktorem je pak specifčnost zkoumaného souboru a metoda retrospekce, kterou jsem využila ke sběru první části dat.

Výzkumný soubor sestával ze dvou psychoterapeutických skupin a věk respondentů se pohyboval v rozpětí od 15 do 22 let v den sběru dat (od 11 do 16 let při začátku jejich léčby). Vzhledem k tomu, že byla skupina polootevřená, tak i délka jejich psychoterapeutické léčby se velmi lišila, a to od necelého roku až po 8 let.

Další okolnost, kterou je při interpretaci výsledků nutné uvážit, je specifčnost sledovaných skupin. Nejen že počet členů skupin byl omezený, ale i podmínky psychoterapie jsou poměrně speciální, protože skupinová psychoterapie probíhá na soukromé klinice, kam chodí jen zlomek pacientů. Zároveň se klinika nachází v Praze a dá se předpokládat, že i to ovlivnilo výsledky šetření. Výzkum lze proto s určitou mírou spolehlivosti vztáhnout pouze na šetřený vzorek pacientů, nikoli na všechny neurotické adolescentní pacienty, natož z nich vyvozovat obecné souvislosti motivace a výsledků léčby všech pacientů.

Skutečnost, že pravděpodobné hodnoty dotazníku motivace i stupnic symptomů na počátku terapie nebylo možno získat měřením v době výskytu, ale osoby je pouze retrospektivně odhadovaly, je dalším faktorem, kterého mohlo přispět ke zkreslení výsledků. Je vhodné brát v potaz, že jakákoli data získávána metodou retrospekce jsou velmi pravděpodobně zkreslena zapomínáním a vyblednutím větších podrobností tehdejší situace. V případě mého výzkumu se navíc jednalo o dospívající respondenty, kterým bylo v některých případech na počátku léčby kolem 11 let, i z tohoto je tedy možné vyvozovat, že vybavené vzpomínky pravděpodobně nevystihují minulost úplně přesně.

V neposlední řadě je nutno zmínit, že stejně, jako u kteréhokoliv výzkumu účinků psychoterapie, ani zde nebylo možno kontrolovat vliv dalších

nežádoucích proměnných mimo rámec projektu (např. důležité události v životě, psychické změny atp.). I vzhledem k tomu, co jsem psala v kapitole Vývoj člověka v období adolescence je dobré mít na paměti, že právě v této životní etapě se často děje velké množství změn spojených s přirozeným procesem zrání a vývoje i mimo psychotherapeutický proces. Tyto změny nelze ve výzkumu objektivně zaznamenávat a posuzovat, proto je vždy počítat s určitým zkreslením.

6.2 Obsahová část

Celková motivace k léčbě (součet bodových výsledků pozitivních faktorů motivace snížený o výsledky v negativních faktorech) dosáhla na počátku léčby průměru 20,3, v čase testování 17,5. Tento průměrný rozdíl ani v t-testu neumožňuje zamítnout nulovou hypotézu o změně motivace v průběhu psychotherapie, nicméně naznačuje její pokles.

Fakt, že v dotazníku měřícím motivaci nebyla zjištěna žádná statisticky průkazná změna, vede k zamyšlení, zda zvolený dotazník neměří něco jiného, než co jsme zamýšleli změřit my. Z hodnot dotazníku FPTM – 23 se lze domnívat, že jeho využití je spolehlivější především na začátku léčby. Můžeme předpokládat, že některé faktory motivace, které zde autoři uvádí, ztrácí v průběhu psychotherapie svůj význam a jsou nahrazeny jinými (například zážitky skupinové příslušnosti a zúčastněnosti, pravděpodobně však i úbytkem příznaků a tím i celkového utrpení, které samotná účast na psychotherapeutických sezeních poskytuje). Zjištěnými změnami v podobě skupinových průměrů u dílčích poruchových symptomů se proto budu zabývat dále.

Z faktorů motivace v dotazníku FPTM – 23 vychází průkazná změna pouze v rámci *iniciativy pro psychotherapii* (IN) (průměry na počátku léčby 11,4, v čase testování 9,9). Znatelnější změna tohoto faktoru umožňuje zamítnout nulovou hypotézu na hladině pravděpodobnosti 0,02 (ve smyslu úbytku iniciativnosti). Zároveň se zde nejspíš ukazuje i slabina užitého dotazníku – zřejmě zjišťuje především motivaci, zda vůbec do léčby nastoupit a když již v terapii je, přestává být toto rozhodování na pořadu dne.

Stupnice *znalosti o psychoterapii* (WI) je jedna z těch, které se blíží statistické průkaznosti hodnotou pravděpodobnosti 0,7. Průměry na počátku léčby 9,8, v čase testování 7,9. Jako pozitivní faktor motivovanosti se poznatky o psychoterapii také uplatňují spíš na počátku léčby. Zvláštním výsledkem je však pokles skupinového průměru udávaných znalostí o psychoterapii u pacientů, kteří již nějakou dobu psychoterapii prodělávají a mají tedy s ní navíc osobní zkušenost. Jednou z možných vysvětlení by mohlo být, že při vstupu do psychoterapie jde o teoretické znalosti, které pak pacientům zakoušená praxe může spíš zpochybnit.

I hodnoty *zakoušení duševní tísně v souvislosti s onemocněním* (LD) vykazují mírné zlepšení průměru, které dosahuje statistické průkaznosti na hladině pravděpodobnosti 0,28 (průměr na počátku léčby 7,0, v čase testování 7,8 bodu). Jedná se o pozitivní faktor celkového skóru motivace k psychoterapii, a proto z tohoto hlediska zjištěný rozdíl nedovoluje nulovou hypotézu zamítnout.

Pacientem udávaná naděje na zlepšení stavu (HO) měla na počátku léčby průměr 10,7. v čase testování 11,1 bodu. Pozitivní faktor motivovanosti vykazuje velmi mírné zlepšení skupinového průměru, neumožňující nulovou hypotézu zamítnout.

Pacientovo vnímání vstřícného chování druhých vůči němu kvůli jím zakoušeným příznakům poruchy (ZW) dosáhlo na počátku léčby průměru 7,4, v čase testování pak 7,4 bodu. Negativní faktor celkového skóru motivovanosti k psychoterapii zůstává statisticky stejný, nulová hypotéza je zde nevyvratitelná.

Pacientovo popírání, že by potřeboval se svými potížemi pomoci (VH) s průměry na počátku léčby 11,2, v čase testování 11,8 bodu vykazuje velmi mírné zvýšení skupinového průměru, tedy ve smyslu spíše poklesu celkové motivovanosti. Jedná se o negativní faktor motivovanosti k psychoterapii. Zjištěná pravděpodobnost změny (0,56) zdaleka neumožňuje zamítnout nulovou hypotézu.

Co se týče posuzovací stupnice symptomů, která u pacientů měřila účinek léčby, získaná data jsou statisticky průkaznější. U většiny sledovaných příznaků došlo k průkaznému zlepšení, níže je však rozeberu jednotlivě.

Problémy se spánkem (průměr na počátku 2,0, v čase měření 2,3) a potíže s nedostatkem energie (na počátku 1,9, v čase měření 2,0) se blíží statistické průkaznosti, nicméně jí nedosahují. I přesto v obou těchto případech došlo ke zlepšení. Naopak potíže s přebytkem energie (na počátku 3,4, v čase měření 3,3) a problémy s jídlem (na počátku 2,9, v čase měření 2,8) se v průměru nepatrně zhoršily. Statisticky se však jedná o neprůkazné hodnoty.

V posuzovacích stupnicích příznaků duševní poruchy vychází statisticky průkazné zlepšení ohledně potíží s kolísáním nálady (průměr na počátku 1,6, v čase měření 2,1), pocíťované nervozity (na počátku 1,3, v čase měření 1,9), nízkého sebehodnocení (na počátku 1,5, v čase měření 2,0), míře úzkosti (na počátku 1,6, v čase měření 2,3) a deprese (na počátku 1,5, v čase měření 2,1) i schopnosti se soustředit (na počátku 2,0, v čase měření 2,5). Z těchto výsledků tedy můžeme s jistotou říci, že psychoterapeutická léčba u sledovaných pacientů v převážné většině příznaků vedla k prokazatelnému zlepšení.

Na závěr je tedy třeba shrnout, že určitým překvapením pro mě bylo, že prověřený dotazník vykázal ze šesti stupnic pouze jedinou s průkazným rozdílem a nepotvrdila se tedy moje původní hypotéza, že bude mezi motivací k léčbě a vývojem symptomatiky sledovaných pacientů kladná korelace. Vzhledem k uvedeným omezením mého výzkumu a především tomu, že dotazník FPTM – 23 pravděpodobně nebyl vhodně zvolen. Jeho obsah ukazuje, že zřejmě dobře předpovídá motivaci na začátku léčby při rozhodování o vstupu do psychoterapeutické léčby.

Věřím, že i přesto, že výzkum nevyšel podle mé hypotézy, je tento výzkum přinejmenším přínosným ukazatelem pro psychoterapeuty sledovaných skupiny, že se jejich pacientům v průběhu psychoterapeutické léčby pod jejich vedením skutečně ulevuje a nemají již takové obtíže.

7 Souhrn

Bakalářská práce se zaměřuje na možný vliv motivace k psychoterapii na léčbu neurotických adolescentních pacientů pomocí skupinové terapie. Autorka nejdřív zpracovává psychologickou problematiku adolescence a věnuje se jednotlivým oblastem vývoje, které ovlivňují jednak samotný život pacienta, ale tím i psychoterapeutický proces. Dál se práce věnuje neurotickým poruchám objevujícím se ve sledovaných skupinách a jejich nejčastějším projevům. Autorka jasně popisuje charakteristické příznaky úzkostných poruch i deprese, z nichž některé sledovala i ve svém výzkumu. V další kapitole jsou zmíněna specifika jak skupinové psychoterapie, tak i psychoterapie jako takové, ale hlavně skupinové práce se zkoumanou kategorií pacientů. Poslední kapitola teoretické části pak pojednává o motivaci k léčbě jako faktoru ovlivňujícím psychoterapeutický proces.

Ve výzkumné části autorka předložila plán výzkumu, zvolené metody šetření i jeho výsledky. V první kapitole je vysvětleno, proč se práce věnuje právě tomuto problému a co od výzkumu autorka očekává. Druhá pak popisuje zkoumaný soubor a průběh sběru dat. Autorka zde uvádí mimo jiné i jaká jsou specifika výzkumu s nezletilými respondenty. Konkrétní hypotézu a rozvedení výzkumné otázky nalezneme hned v další kapitole. Následně se práce zaměřuje na dotazníky, které byly ve výzkumu použity, a na výsledky šetření. Autorka porovnává data z počátku léčby a data z času měření a vyvozuje jejich statistickou průkaznost.

V diskuzi autorka předkládá interpretaci získaných výsledků výzkumu. Konstatuje, že použitý dotazník motivace pravděpodobně lépe předpovídá motivaci k léčbě před začátkem psychoterapie a v během psychoterapeutického procesu pak svou schopnost predikce ztrácí. Autorka stanovuje, že i přes dokázané průměrné zlepšení v symptomatice respondentů, nebyl na základě jejího šetření u neurotických adolescentních pacientů prokázán vliv motivace k psychoterapii na výsledky léčby.

8 Seznam literatury

- HARTL, P. & HARTLOVÁ, H. (2009). *Psychologický slovník* (2. vyd.). Praha: Portál.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- JAVORNICKÁ, G. (2015). *Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii* (nepublikovaná diplomová práce). Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
- KRATOCHVÍL, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi* (3. vyd.). Praha: Galén.
- KRATOCHVÍL, S. (2012). *Základy psychoterapie* (6. vyd.). Praha: Portál
- LANGMEIER, J., BALCAR, K. & ŠPITZ, J. (2000). *Dětská psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- LANGMEIER, J. & KREJČÍŘOVÁ, D (2006). *Vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- NAKONEČNÝ, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- NÜBLING, R. & SCHULZ, H. (2002). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- OREL, M. a kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. vyd.). Praha: Grada.
- PIAGET, J. & INHELDER, B. (2014). *Psychologie dítěte* (2. vyd.), E. Vyskočilová, překl.). Praha: Portál.
- PLACHÁ, J. (2010). *Skupinová práce s adolescenty v psychiatrickém stacionáři* (nepublikovaná bakalářská práce). Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
- PROKOPEC, Š. (2007). *Podpůrná terapie úzkostných poruch u adolescentů*. (nepublikovaná bakalářská práce). Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- SCHULZ, H., LANG, K., NÜBLING, R. & KOCH, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. *Diagnostica*, 49, Heft 2, 83-93.
- VÁGNEROVÁ, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (2. vyd.). Praha: Karolinum.

VYMĚTAL, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3. vyd.). Praha: Portál.

YALOM, I. D. & LESZCZ, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychologie* (2. vyd.), H. Drábková, M. Hajný, překl.).

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. I – dotazník FPTM – 23.....	1
Příloha č. II – posuzovací stupnice neurotických příznaků	4
Příloha č. III – informovaný souhlas pro zákonné zástupce	5
Příloha č. IV – výsledky a jejich průměry při prvním měření	7
Příloha č. V – výsledky a jejich průměry při prvním měření; průkaznost t-testů	8

Dotazník FPTM-23

(K. B. 2018)

Věk: let Jsem: MUŽ / ŽENA Datum vyplnění:

Posudte, prosím, nkolik dále uvedené výroky platí právě o Vás. U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje. (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.) – Pokud byste pak chtěl/a zaškrtnutí ještě změnit, přeškrtejte je a proškrtněte křížkem to správné.

	O-----O-----O-----O					
	Naprost platí	Spíše platí	Spíše neplatí	Naprost neplatí		
					<u>PLATÍ</u>	<u>NEPLATÍ</u>
1.	Nejsem si jistý, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci	O-----O-----O-----O				
2.	Sám jsem se postaral o to, abych se mohl/a léčit	O-----O-----O-----O				
3.	Myslím, že by člověk měl být tak silný, aby se dokázal obejít bez cizí pomoci	O-----O-----O-----O				
4.	Každý člověk by se měl pokusit vypořádat se se svými problémy sám	O-----O-----O-----O				
5.	Moc nevěřím, že se na mých obtížích něco změní	O-----O-----O-----O				
6.	Už jsem někdy byl v psychologické nebo psychoterapeutické péči	O-----O-----O-----O				
7.	Když mám své obtíže, tak se o mne někdo víc stará	O-----O-----O-----O				
8.	Jít na tuto kliniku nebylo moje rozhodnutí; poradili mi to jiní (lékaři, rodiče, ve škole)	O-----O-----O-----O				
9.	Se svými problémy se sám/sama nevypořádám	O-----O-----O-----O				
10.	Všemožně jsem se snažil dostat se na léčení	O-----O-----O-----O				
					<u>PLATÍ</u>	<u>NEPLATÍ</u>
11.	Cítím se duševně vyčerpaný/-á a přetížený/-á	O-----O-----O-----O				
12.	To, že chodím na kliniku, je výsledkem mé vlastní snahy	O-----O-----O-----O				

13. S psychoterapií už mám už zkušenosti O-----O-----O-----O
14. Když mám své obtíže, chovají se ke mně druzí lidé (příbuzní, spolužáci, kamarádi a další) s větším porozuměním O-----O-----O-----O
15. Mám dojem, že na klinice člověku nemohou pomoci.....O-----O-----O-----O
16. Lidé s pevnou osobností se vypořádají se svým
obtížemi sami, bez cizí pomoci O-----O-----O-----O
17. Když mi je zle, jsou ke mně druzí lidé (rodina, kamarádi, spolužáci a další)
ohleduplnější, než jindy O-----O-----O-----O
18. Většinu lidí s duševními problémy vlastně schází
jen silná vůle a pevné zásady O-----O-----O-----O
19. Našel / našla jsem si v odborných publikacích, co
je psychotherapeutická léčba O-----O-----O-----O
20. Silně trpím duševními problémy O-----O-----O-----O
21. O psychoterapii toho vím jen málo O-----O-----O-----O
22. Nedělám si velkou naději na zlepšení svých potíží O-----O-----O-----O
23. Z budoucnosti mám obavy O-----O-----O-----O

Děkuji za vaše odpovědi!

FPTM-23 – skórovací list:

(K. B. 2018)

Zakoušení duševní tísně – LD		Vstřícnost druhých za příznaky – ZW		Naděje na zlepšení stavu – HO			
Č. pol.:	Skór:	Č. pol.:	Skór:	Č. pol.:	Skór:		
9		---	0	1			
11		7		5			
20		14		15			
23		17		22			
Součet:		Součet:		Součet:			
Popírání potřeby pomoci – VH		Iniciativa pro psychoterapii – IN		Znalosti o psychoterapii – WI			
Č. pol.:	Skór:	Č. pol.:	Skór:	Č. pol.:	Skór:		
3		2		6			
4		* 8		13			
16		10		19			
18		12		* 21			
Součet:		Součet:		Součet:			
STUPNICE:	LD	ZW	HO	VH	IN	WI	SOUČET:
SKÓR:							

Poznámka: Položky s hvězdičkou, tj. * 8 a * 21, skórovat opačně, od 1 do 4 zprava doleva

SOUČASNÉ POTÍŽE

Věk: let Jsem: MUŽ / ŽENA Datum vyplnění:

Posuďte, prosím, nakolik v současné době prožíváte uvedené potíže. U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje. (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.) – Pokud byste pak chtěl/a zaškrtnutí ještě změnit, přeškrtejte je a proškrtněte křížkem to správné.

O-----O-----O-----O
Naprosto Spíše Spíše Naprosto
platí platí neplatí neplatí

PLATÍ NEPLATÍ

1. Kolísání nálady.....O-----O-----O-----O
2. Problémy s jídlem.....O-----O-----O-----O
3. Problémy se spánkem.....O-----O-----O-----O
4. Nervozita.....O-----O-----O-----O
5. Poruchy soustředění.....O-----O-----O-----O
6. Nízké sebehodnocení.....O-----O-----O-----O
7. Úzkost.....O-----O-----O-----O
8. Deprese.....O-----O-----O-----O
9. Přebytek energie.....O-----O-----O-----O
10. Nedostatek energie.....O-----O-----O-----O

Příloha č. III – informovaný souhlas pro zákonné zástupce

INFORMACE PRO ZÁKONNÉ ZÁSTUPCE NEZLETILÝCH PACIENTŮ A INFORMOVANÝ SOUHLAS OHLEDNĚ ÚČASTI NEZLETILÉHO NA VÝZKUMNÉM PROJEKTU

Název projektu: **Vztah motivace k psychoterapii k výsledkům léčby u neurotických adolescentních pacientů.**

Hlavní řešitel: Natálie Pastorková

Vážená paní, vážený pane,

v tomto samostatném formuláři informovaného souhlasu jsou uvedeny informace o ochraně osobních údajů v souladu s obecným nařízením Evropské unie 2016/679 (tzv. GDPR). Toto nařízení přináší nové požadavky též na to, jak v rámci výzkumu mohou být používány respondentovy osobní údaje.

Na základě zde uvedených informací a Vašich případných dotazů se budete na konci tohoto textu rozhodovat zda udělíte souhlas se účastí nezletilého respondenta ve výše uvedeném výzkumu.

Řešitel výzkumu bude zaznamenávat základní informace o respondentově osobě, tzn. věk a pohlaví. K těmto záznamům mohou mít dle právních předpisů přístup také tyto osoby, které jsou vázány mlčenlivostí:

- etická komise, která výzkum schválila a jež zajišťuje, aby Vaše práva a Vaše blaho byly ochráněny,

K utajení respondentovy totožnosti nebudou záznamy předávány dalším osobám podílejícím se na výzkumu označeny respondentovým jménem ani jinými údaji, kterými by bylo možné ho přímo identifikovat. Budou označeny pouze věkem a pohlavím.

Účelem zpracování je vědecký výzkum v oblasti definované ve Vašem souhlasu s účastí ve výzkumu. Vaše osobní údaje budeme zpracovávat výhradně na základě obou těchto souhlasů.

Informace ohledně Vašich práv:

- Máte právo přístupu a ověření svých osobních údajů, které má v držení řešitel, a právo na zajištění jejich vymazání nebo opravy, budou-li nepřesné. Za určitých okolností máte také právo vznášet námítky proti způsobu, jakým je s respondentovými osobními údaji nakládáno, požadovat jejich vyřazení, omezit způsoby jejich kopie v digitální formě. Pokud si přejete tato svá práva uplatnit, obraťte se písemně na řešitele výzkumu. Některé informace mohou však zůstat utajené až do ukončení výzkumu (například je-li srovnáváno použití účinné látky oproti neúčinné, kde jde o tzv. „zaslepení“ výzkumu).
- Pokud máte jakékoliv dotazy nebo připomínky k tomu, jak je s respondentovými osobními údaji v tomto výzkumu nakládáno, obraťte se na řešitele výzkumu, který je odpovědný za další řešení.
- Máte také právo podat stížnost, jak je s respondentovými osobními údaji nakládáno, u nadřízeného orgánu, který má pravomoc dodržování zákona o ochraně údajů vymáhat. Seznam kontrolních orgánů Evropské unie je k dispozici na internetové adrese:
http://ec.europa.eu/justice/data-protection/article-29/structure/data-protection-authorities/index_en.html.

Další informace

- Výzkumu se může nezletilý respondent účastnit pouze za předpokladu, že se shromažďováním a používáním svých osobních údajů, jak je zde popsáno, vyslovíte jako jeho zákonný zástupce souhlas.

- Pokud souhlas nevyslovíte, nebude to mít pro respondenta negativní dopad. Nebude se ale moci výzkumu zúčastnit.
- I v případě, že z výzkumu respondent vystoupí, mohou být údaje, které budou do té doby o jeho osobě získány, dále zpracovány. Do databáze již nebudou získávány žádné další informace, ledaže k tomu dáte výslovné svolení.

Prohlášení souhlasu

Podpisem tohoto formuláře uděluji souhlas se získáváním, používáním a sdílením osobních údajů nezletilého respondenta, zejména s tím, že:

- etická komise a inspektoři kontrolních orgánů mohou mít přímý přístup k jeho zdravotním záznamům;
- údaje z výzkumu včetně respondentových osobních údajů (konkrétně pouze věků a pohlaví) mohou být uchovány a později použity pro další výzkum v tomto oboru bádání.
- měl/a jsem možnost klást otázky a s poskytnutými vysvětleními jsem spokojen/a. S účastí nezletilého respondenta v tomto výzkumu jako jeho zákonný zástupce dobrovolně souhlasím. Je mi známo, že obdržím stejnopis tohoto podepsaného a datem opatřeného písemného dokumentu souhlasu.

-

Podpis zákonného zástupce

Datum (dd/mm/rr)

Jméno pacienta/pacientky (tiskacím písmem):

OSOBA, KTERÁ SOUHLAS ZÍSKÁVÁ

Řešitel výzkumu je povinen tento formulář informovaného souhlasu podepsat a opatřit datem při témže pohovoru, při kterém formulář podepisuje pacient/ka.

- Zákonného zástupce jsem o výzkumu informoval/a a jeho/její otázky jsem zodpověděl/a.
- Zákonnému zástupci předávám druhý stejnopis tohoto podepsaného a datem opatřeného informovaného souhlasu.

-

Podpis hl. řešitele

Datum (dd/mm/rr)

Příloha č. IV – Výsledky a jejich průměry při prvním měření

číslo osoby	pohlaví	věk tehdy	LD	ZW	HO	VH	IN	WI	FPTM-23 součet	nálada	jídlo	spánek	nervozita	soustředění	sebehodnocení	úzkost	deprese	moc energie	málo energie
1	1	16	10	5	16	12	12	7	28	2	3	3	1	1	1	2	1	4	2
2	1	15	5	9	10	15	8	10	9	2	2	1	1	2	1	1	1	4	1
3	1	14	6	3	5	14	14	7	15	3	3	1	2	4	2	1	2	4	2
4	1	16	14	5	9	11	16	9	32	1	4	4	3	3	1	3	2	4	3
5	1	15	5	7	15	16	11	16	24	1	2	1	1	1	2	2	1	4	1
6	1	11	11	9	11	12	16	17	34	1	4	2	2	3	2	3	2	4	1
7	2	15	8	9	10	7	8	7	17	1	3	3	1	2	1	1	1	2	2
8	2	14	5	12	12	8	8	4	9	1	3	3	1	1	1	1	1	4	1
9	2	14	5	7	14	14	7	7	12	1	2	1	1	3	1	1	1	2	4
10	2	13	6	9	12	8	15	11	27	3	4	1	1	2	1	1	2	4	1
11	2	14	5	8	13	11	16	4	19	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3
12	2	14	6	3	8	11	15	13	28	1	4	1	1	2	1	1	1	3	1
13	2	16	7	12	8	9	10	14	18	3	1	3	1	3	1	2	2	4	2
14	2	13	5	9	4	10	10	9	9	1	3	2	1	1	1	1	1	3	1
15	2	13	6	6	11	7	6	12	22	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1
16	2	13	8	6	13	14	11	9	21	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4
Průměr		14,1	7,0	7,4	10,7	11,2	11,4	9,8	20,3	1,6	2,9	2,0	1,3	2,0	1,5	1,6	1,5	3,4	1,9

Příloha č. V – Výsledky a jejich průměry při druhém měření; průkaznost t-testů

	pohlaví	věk nyní	LD 2	ZW 2	HO 2	VH 2	IN 2	WI 2	FPTM-23 součet 2	nálada 2	jídlo 2	spánek 2	nervozita 2	soustředění 2	sebehodnocení 2	úzkost 2	deprese 2	moc energie 2	málo energie 2
1	1	16	10	5	16	12	10	12	31	2	4	4	2	1	1	3	2	4	1
2	1	15	6	11	10	16	7	11	7	2	2	1	1	2	1	1	2	4	1
3	1	18	12	4	16	13	7	4	22	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3
4	1	18	9	5	8	11	16	9	26	4	4	4	2	4	1	4	4	4	2
5	1	17	9	6	16	16	13	16	32	3	4	2	3	3	4	3	3	3	2
6	1	19	12	10	16	16	13	8	23	2	1	1	4	4	1	4	3	4	1
7	2	15	8	10	10	6	8	7	17	1	3	3	1	2	1	1	1	3	3
8	2	16	5	12	9	9	7	4	4	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1
9	2	17	7	7	11	16	7	7	9	2	1	1	3	2	2	2	2	2	3
10	2	16	6	9	9	10	13	5	14	3	3	1	1	3	1	1	2	4	1
11	2	17	4	9	4	4	16	4	15	1	1	1	1	1	4	3	2	1	4
12	2	16	6	3	11	7	15	9	31	2	4	2	2	3	3	1	1	3	1
13	2	22	4	9	11	16	5	8	3	1	1	1	1	4	1	2	1	4	1
14	2	16	5	6	4	7	7	7	10	1	3	2	1	1	1	1	1	3	1
15	2	18	10	7	13	15	6	4	11	2	2	3	2	3	3	1	1	2	3
16	2	17	11	6	14	14	9	11	25	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4
Průměr		17,1	7,8	7,4	11,1	11,8	9,9	7,9	17,5	2,1	2,8	2,3	1,9	2,5	2,0	2,3	2,1	3,3	2,0
T-test p:			0,28	1	0,69	0,56	0,02	0,07	0,14	0,04	0,67	0,12	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,86	0,29

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Natálie Pastorková

Studijní program: bakalářský, prezenční denní

Studijní obor: psychologie

Název práce: Vztah motivace k psychoterapii k výsledkům léčby u adolescentních neurotických pacientů

Počet stran (bez příloh): 41

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 14

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Rok dokončení práce: 2019

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Natálie Pastorková**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Vztah motivace k psychoterapii k výsledkům léčby u neurotických adolescentních pacientů**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **41**

Počet stránek příloh: **8**

Počet titulů v seznamu literatury: **18**

0**	1	2	3	4
------------	----------	----------	----------	----------

Výběr tématu

Závažnost tématu

1				
----------	--	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

1				
----------	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	2			
--	----------	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

1				
----------	--	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1				
----------	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1				
----------	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
----------	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
----------	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
----------	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1				
----------	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
----------	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
----------	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
----------	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	2			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	2			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Jaké vnímáte největší nesnáze v motivovanosti neurotických adolescentů ke vstupu do psychoterapie?
- 2) Jaké mohou být důvody ke zjištění, že dotazník FPTM-23, který podle validizačních studií průkazně měří motivaci k psychoterapii, při ověřování hypotézy o jeho korelaci s příznivými účinky psychoterapie očekávaný vztah neprokázal?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V teoretické části práce autorka vymezuje a pak důkladně zpracovává klíčová témata adolescence, neurotických poruch, skupinové psychoterapie, motivace – podle mého soudu přesně a správně.

Výzkumná část její práce je věnována tradičnímu problému zjišťování účinnosti psychoterapie, v tomto případě ve vztahu ke zjištěné velikosti motivace k účasti na ní. Zvolený, validizačně již značně prověřený dotazník očekávaný průkazný vztah sice nevykázal; vzhledem ke konkrétní povaze studie však i toto zjištění je příspěvkem k negativní validizaci tohoto dotazníku, jak autorka věrohodně ukazuje v diskusi. Při posuzování přítomnosti neurotických příznaků bylo zjištěno statisticky průkazné zjištění u 6 z celkem 10 hodnocených, což dokládá účinnost konkrétně poskytované psychoterapie.

Po formální stránce je práce zpracována velmi kvalitně po stránce písařské a jazykové i po stránce logického uspořádání obsahu.

Autorka po celou dobu práce na svém tématu průběžně a aktivně spolupracovala s vedoucím práce a prokázala schopnost kritického myšlení.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře až výborně podle průběhu obhajoby**

Datum, podpis: **20. května 2019**



**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Natálie Pastorková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vztah motivace k psychoterapii k výsledkům léčby u neurotických adolescentních pacientů

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Celkový počet znaků: neuvedeno

Počet stran (bez příloh): 39

Celkový počet stran příloh: 8

Přímé citace: neuvedeno

Ostatní text: neuvedeno

Celkový počet znaků: neuvedeno

Počet titulů v seznamu literatury:

Počet titulů české literatury a pramenů: 14

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- Popisujete úskalí výzkumného šetření. Co byste udělala jinak, kdybyste měla výzkumné šetření opět uskutečnit, uveďte.
- Ve svém výzkumném šetření jste použila dotazník FPTM-23. Nenašla jsem informace jak byl dotazník přeložen. Uveďte.
- Myslíte si, že dotazník FPTM-23, který je určen k měření motivace k psychoterapii, mohl na základě stanovené hypotézy, výběrů výzkumného vzorku a samotného sběru dat, měřit, co jste měřit chtěla?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se ve své bakalářské práci věnuje tématu: "Vztah motivace k psychoterapii k výsledkům léčby u neurotických adolescentních pacientů". Systematicky se věnuje zpracováním základních pojmů a všech nosných témat: vývoj člověka v období adolescence, neurotické poruchy s důrazem na úzkostné poruchy a deprese. Další kapitoly se věnují tématu skupinové psychoterapie, specifikám práce s adolescenty a motivaci k psychoterapii.

Teoretická část práce je kvalitní, přehledná a čtivá.

Ve výzkumné části práce si autorka klade výzkumnou otázku jestli a pokud ano, jak, existuje vztah mezi motivací k psychoterapii adolescentů s neurotickými potížemi k výsledkům jejich léčby. Autorka si stanovila hypotézu: u pacientů v psychotherapeutických skupinách bude celkově průkazný rozdíl mezi skóry stupnic dotazníku a sebeuposuzování na počátku psychoterapie a v současnosti v příznivém směru.

Oceňuji výběr tématu i ochotu věnovat se v rámci bakalářské práce náročnému výzkumnému záměru, průběhu výzkumu i snahu o kvalitní zpracování výsledků.

Složitější je samotné výzkumné šetření, autorka sama kriticky nahlíží a poukazuje na kritická místa a úskalí. Popisuje vše s náhledem.

V práci je znát zájem autorky o dané téma a porozumění problematice. Z formálního hlediska autorka v menší míře nedodržela předepsaný počet normostran. Práce obsahuje 68.431 znaků (včetně mezer) a tedy 38,017 NS.

Celkově hodnotím práci kladně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 18.5.2019

