

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

BC. NATÁLIE PASTORKOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Vztah osobní příčinné orientace,
motivovanosti a zdravotních změn v psychoterapii
u adolescentních pacientek**

Bc. Natálie Pastorková

Diplomová práce

studijní program: psychologie

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

Praha 2021

Prague College of Psychosocial Studies



**The relation of personal causality orientation,
motivation and changes in health during psycho-
therapy in adolescent female patients**

Bc. Natálie Pastorková

The Diploma Thesis

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

Prague 2021

Čestné prohlášení

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

.....

Bc. Natálie Pastorková

Poděkování

Ráda bych vyjádřila díky doc. PhDr. Karlu Balcarovi, CSc., vedoucímu mé diplomové práce, za sdílení jeho cenných zkušeností a trefných připomínek, stejně tak jako za laskavost a vstřícnost v průběhu konzultování a tvoření této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá psychoterapií adolescentních pacientek s neurotickými symptomy v souvislosti s jejich motivací k léčbě a osobnostními sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci. Výběrové soubor tvoří pacientky 14-19 let, které do psychoterapie dochází nejméně tři měsíce a nejdéle dva roky. Teoretická část se věnuje psychoterapii a neurotickým poruchám u adolescentů, dále teorii osobní příčinné orientace dle Deciho a Ryana a v neposlední řadě motivovanosti k psychoterapii. Výzkumná část popisuje průběh studia a analýzu a interpretaci získaných dat.

Klíčová slova:

psychoterapie adolescentů

neurotické poruchy

motivace k léčbě

osobnostní sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci

osobní příčinná orientace

Abstract

The diploma thesis focuses on psychotherapy of adolescent female patients with neurotic symptoms in connection with their motivation towards treatment and personal inclination of personal causality orientation in terms of health and sickness. The study sample consists of patients between 14-19 years of age who have been attending psychotherapy for minimum three months and maximum two years. Theoretical part of the thesis is dedicated to psychotherapy and neurotic disorders in adolescents. It also includes the theory of personal causality orientation and a part about motivation towards psychotherapy. The research section describes the process of the study and the analysis and interpretation of the data.

Key words:

psychotherapy of adolescents

neurotic disorders

motivation towards medical treatment

personal inclination of personal causality orientation in terms of health and sickness

personal causality orientation

Obsah

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Psychoterapie adolescentů	13
1.1 Navázání psychotherapeutického vztahu	13
1.2 Indikace individuální psychoterapie.....	15
1.3 Komunikační specifika.....	17
1.4 Rozdíly mezi psychoterapií adolescentů a dospělých	18
1.4.1 Vliv emočního vývoje	20
1.4.2 Vliv kognitivního vývoje	21
2 Neurotické poruchy u adolescentních pacientů	23
2.1 Úzkostné poruchy.....	24
2.1.1 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1).....	25
2.1.2 Fobická porucha (F40)	26
2.1.3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42).....	26
2.1.4 Panická porucha (F41)	27
2.2 Depresivní porucha (F32).....	28
3 Otázka po příčinách událostí.....	30
3.1 Osobní příčinná orientace dle Deciho a Ryana	32
3.1.1 Vnitřní příčinná orientace.....	33
3.1.2 Vnější příčinná orientace.....	34

3.1.3 Neosobní příčinná orientace.....	34
3.3 Osobnostní sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví, nemoci a zdravotní péči	35
4 Motivace v psychoterapii	37
4.1 Motivace.....	37
4.1.1 Vnitřní a vnější motivace	37
4.2 Motivovanost k psychoterapii	38
4.2.1 Motivovanost, psychoterapie a osobní příčinná orientace	41
VÝZKUMNÁ ČÁST	44
1 Zkoumaný problém a cíl výzkumu	44
2 Výzkumný soubor a situace šetření.....	46
3 Výzkumná otázka a hypotézy	48
3.1 Hypotézy	48
4 Metody šetření.....	50
4.1 Dotazník DOPO-Z.....	50
4.2 Posuzovací stupnice motivovanosti k psychoterapii	52
4.3 Posuzovací stupnice symptomů	54
4.4 Etické aspekty výzkumu.....	56
5 Výsledky šetření a statistické zpracování získaných dat.....	57
5.1 Testování hypotéz	59
5.2 Korelace výroků posuzovacích stupnic potíží a motivace s typy osobní příčinné orientace	61
5.3 Korelace výroků potíží a motivace.....	62

5.3.1 Vztah jednotlivých symptomů	63
5.3.2 Vztah výroků ohledně motivace k léčbě	64
6 Diskuse a závěry z výzkumu	66
6.1 Metodologická část	66
6.2 Obsahová část.....	67
Souhrn	71
Seznam literatury.....	73
Přílohy	77

Úvod

Téma diplomové práce jsem zvolila především na základě dlouhodobého zájmu o psychoterapii dospívajících, které jsem se věnovala i své studii v rámci bakalářské práce. Mým záměrem bylo rozšířit původní výzkumnou otázku o téma osobní příčinné orientace a pokusit se najít souvislost mezi touto teorií, motivací a účinností psychoterapie.

Mým původním plánem bylo udělat výzkum s adolescenty obou pohlaví, a to ideálně na jednom pracovišti (například nemocnici), kde by bylo možné po delší dobu sbírat data od průběžně přicházejících pacientů a zaznamenat tak změnu na začátku hospitalizace a poté například po osmi týdnech léčby. Naneštěstí kvůli pandemii Covid-19 bylo potřeba najít jiný způsob provedení výzkumu, a proto jsem oslovila ambulance pro adolescentní pacienty. Pacientkám jsem pak administrovala tři dotazníky – Niederlové dotazník na osobní příčinnou orientaci vůči zdraví a nemoci, a mnou sestavené posuzovací stupnice prožívaných potíží a motivovanosti k léčbě.

Výsledky měly zjistit jestli a pokud ano, tak jak spolu souvisí potíže a motivace, potíže a osobní příčinná a orientace a také motivace a osobní příčinná orientace. Statistickou analýzou jsem ale zjišťovala i podrobnější vztahy jednotlivých symptomů a faktorů motivace, stejně jako typů příčinné orientace.

Ve své práci navazuji na bakalářskou práci, ze které jsem přejala části do kapitol o psychoterapii adolescentů, neurotických poruchách u adolescentních pacientů a motivaci k psychoterapii. Předkládaná diplomové práce nicméně jde do mnohem větší hloubky u dané problematiky jak z hlediska teoretického, tak i výzkumného. Praktická část práce je zcela nová a z bakalářské práce jsem v ní využila pouze posuzovací stupnici symptomů, která se v minulém výzkumu osvědčila. Ve své diplomové práci jsem oproti té bakalářské šla do mnohem více

detailů a zaměřila jsem se na důkladnější teoretický základ zkoumaných oblastí.

Výsledky výzkumu prezentuji v této diplomové práci a podle domluvy ji poskytnu přímo psychoterapeutům, kteří projeví zájem o závěry studie, protože pracují s danou cílovou skupinou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychoterapie adolescentů

Jak zmiňuje Balcar ve své kapitole knihy Dětská klinická psychologie (2006), neliší se psychoterapie dětí ani dospívajících svým průběhem příliš od standardní psychoterapie dospělých. Důležité jsou základní stavební kameny psychoterapeutického procesu – dobrý terapeutický vztah, samotná terapeutická práce a nakonec změny, které jsou postupně začleňovány do běžného života dospívajícího. Přesto jsou však všechny tyto části psychoterapeutické léčby někdy méně, někdy více, podmíněné věkem pacienta, či například jeho rodinnou situací. Nuancím plynoucích z těchto okolností se budou věnovat následující podkapitoly, protože je považují za důležité faktory, které mohly ovlivnit výsledek mého výzkumu.

1.1 Navázání psychoterapeutického vztahu

Aby se mohl psychoterapeutický proces rozvíjet žádoucím způsobem a pomáhat tak pacientovi, je ze všeho nejdříve nutné, aby mezi ním a psychoterapeutem vznikl dostatečně pevný a důvěrný vztah. Právě v této fázi můžeme narazit na první rozdíl práce s adolescenty a s dospělými, protože Balcar správně poznamenává, že na rozdíl od situace při psychoterapie dospělých, je zde „*třeba ustavit vztah plnoprávné součinnosti a osobní zúčastněnosti partnerů, kteří si nejsou rovni autoritou, schopnostmi a zkušenostmi*“ (Říčan et al., 2006, s. 500).

Tato výchozí situace je navíc nezřídka ztížena tím, že tito pacienti obvykle nepřicházejí do psychoterapie na svou vlastní žádost (Kocourková in Hort et al., 2000) – mnohem častěji jsou přivedeni rodiči, nebo dostanou doporučení od lékaře (Balcar in Říčan et al., 2006). 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). Na

rozdíl 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). V této počáteční fázi psychoterapeutické práce je proto nutné, aby se terapeut zvládl *naladit* na pacienta a navodil v něm pocit důvěry. Stěžejním momentem obzvláště pro bouřící se dospívající pacienty je zjištění, že psychoterapeut je zde skutečně pro ně samotné, nikoli proto, aby prosazoval zájmy rodičů či případné třetí strany (školy apod.) *„Terapeut má za úkol získat nedobrovolného účastníka k dobrovolné spolupráci“* (Balcar in Langmeier et al., 2000, s. 52).

“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 a vysvětluje tři zásadní kroky, kterými může terapeut tohoto dosáhnout. Za prvé 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.

Za druhé 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 případě skupinové psychoterapie je také možné využít vlivu dalších členů, kteří mohou nově příchozího pacienta inspirovat vlastní aktivitou a spoluprací. Vrstevnické skupiny hrají v období dospívání zásadní roli v důsledku ustupujícího vlivu rodičů, čehož je možné při skupinové práci efektivně využít (Vágnerová, 2012). 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.

Výše zmínění autoři opakovaně docházejí k závěru, že kvalitní a důvěrný psychoterapeutický vztah je jedním ze zásadních faktorů při terapeutické léčbě a nezbytným předpokladem pro její úspěšný vývoj. Plnohodnotný vztah pacienta a psychoterapeuta může ovlivňovat i motivaci pacienta v léčbě setrvat, a proto je tento aspekt psychoterapie neopomenutelný v rámci mého výzkumu.

1.2 Indikace individuální psychoterapie

V rámci svého výzkumu jsem se zaměřila pouze na adolescentní pacienty, kteří docházeli do individuální psychoterapie (více o konkrétních

kritériích výběru respondentů je v kapitole 2 výzkumné části). Považuji to za důležité zmínit, protože jedním z indikačních hledisek psychoterapie u dětí a dospívajících „*je otázka, nakolik je jeho individuální stav projevem porušeného stavu rodiny*“ (Langmeier et al., 2000, s. 47). V kontextu odpovědi na tuto otázku je tedy nutné zvážit, zda je potřeba se nejprve zaměřit na zlepšení fungování celé rodiny, či jestli je dospívající dostatečně separován od rodičů a je možné s ním pracovat individuálně. V obou situacích je nicméně spolupráce s rodiči nezbytná minimálně do dosažení plnoletosti pacienta, nehledě na to, zda je rodina možnou příčinou pacientových obtíží (Langmeier et al., 2000).

Co se týče přítomnosti rodiče z důvodu komunikačních dovedností nezletilého pacienta, nebývá to již u adolescentů nezbytné. V tomto období již bývají pacienti schopni dobře popsat své subjektivní potíže i situace, kdy se objevují nebo kdy se poprvé projeví. Přítomnost rodičů může pro dospívajícího být naopak brzdící prvek (Hort, 2000).

Kdybychom to měli shrnout do několika bodů, tak základními indikačními hledisky individuální psychoterapie u adolescentů je dostatečná kognitivní vyspělost (hlavně rozvinutá schopnost introspekce a vedení rozhovoru) a verbální způsobilost (Hort, 2000). Dál pak hraje důležitou roli i samotný vývojový stupeň pacienta, který se v určité fázi dospívání může projevit dočasnou zvýšenou introverzí a negativismem, ten bývá zaměřen především pak vůči dospělým a navíc odborníkům (Balcar in Langmeier et al., 2000).

V neposlední řadě je zásadní míra duševní podmíněnosti poruchy, se kterou pacient přichází. Balcar uvádí příklad, kdy „*některé čistě somatické poruchy, zvláště nevyléčitelné, představují duševně patogenní vliv značné intenzity a psychoterapie je pak hlavní metodou pomoci dítěti, popřípadě i jeho rodičům, k vyrovnání se s touto situací, (...)*“ (Langmeier et al., 2000, s. 47). Současně je při indikování psychoterapie dobré

zvážit celkovou závažnost poruchy, dobu jejího vzniku a délku dosavadního trvání.

1.3 Komunikační specifika

Komunikaci v období dospívání ovlivňuje několik faktorů, ale především neuropsychický vývoj (více o něm v kapitole o vlivu kognitivního vývoje) 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 adolescent vymezuje, nicméně zároveň nemá vždy na jednání stylem dospělých, hlavně kvůli svému labilnějšímu prožívání.

V období rané adolescence se komunikace mezi adolescenty a dospělými může vyostřovat v důsledku rozdílného způsobu komunikace a nezřídka i netrpělivostí dospělých vůči jinému slovníku či neverbálním projevům dospívajících. To se může snadno projevit i během psychoterapie, protože „*dospívající nejsou vždy ochotni naslouchat dospělým. Jejich názory považují za nezajímavé a navíc si myslí, že jim budou říkat zase jen to, co už slyšeli mnohokrát předtím*“ (Vágnerová, 2012, s. 444). Zároveň se v této životní fázi nezřídka objevuje přechodný *negativismus* vůči dospělým (Langmeier et al., 2000), který se může projevit právě i ve způsobu komunikace dospívajícího. Nicméně s tímto sklonem se dá pracovat v rámci vytváření psychoterapeutického vztahu a ukazování pacientovi, že zde terapeut není v roli autority, nýbrž partnera.

“*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 nesetkali, a nyní ho mohou prožívat jako potvrzení jejich nového společenského postavení. Co přetrvává i do pozdějších fází dospívání je specifický způsob slovního vyjadřování, na rozdíl od neverbální složky komunikace (teatrality, zvýšené gestikulace), které postupně vymizí (Vágnerová, 2012).

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 na rozdíl 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.

1.4 Rozdíly mezi psychoterapií adolescentů a dospělých

Kocourková v kapitole Psychoterapie dětí a adolescentů v knize Dětská a adolescentní psychiatrie (2000) zmiňuje hned několik základních rozdílů. První z nich byl zmíněn už v kapitole o navázání terapeutického vztahu a to ten, že dítě samo obvykle nevyhledá psychoterapeutickou pomoc a zpravidla jsou to rodiče, kteří toto rozhodnutí učiní za ně.

Dalším a pro tento výzkum významným specifickým je „tendence dětí externalizovat vnitřní konflikty a hledat příčiny svých obtíží v okolí. Příkladem může být dítě, které se vyhýbá škole. Můžeme zjistit, že má konflikty s vrstevníky, kterých se bojí, ale samo konflikty provokuje“ (Kocourková in Hort et al., 2000, s. 459). Lze předpokládat, že právě tento rys prožívání nedospělých pacientů se v průběhu adolescence vyvíjí k přijetí větší zodpovědnosti za svůj život. To ostatně popisuje i Macek (2003), který říká, že potřeba mít život takzvaně *ve svých rukou* v období

dospívání roste, nicméně je tento pocit stále poměrně nestabilní a liší se v různých oblastech adolescentova života.

V neposlední řadě pak psychoterapeutický proces také ovlivňuje samotný věk pacienta a z něj plynoucí specifika ohledně důvěrnosti sdílení informací. Hned na počátku spolupráce adolescenta s psychoterapeutem by měla být jasně stanovena míra, do jaké budou rodiče informováni o průběhu léčby. Pacientovi by také mělo být vysvětleno, že některé skutečnosti (například situace nebezpečné pro dítě či někoho jiného) musí být rodičům oznámeny za všech okolností (Hort, 2000).

Langmeier et al. (2000) uvádí tři základní rozdíly mezi chováním dětí a dospělých při skupinové terapii, nicméně na základech svých zkušeností s následky jak individuální, tak skupinové práce s oběma skupinami pacientů, bych si dovolila rozšířeně aplikovat tyto rozdíly právě i na psychoterapii jednotlivců.

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 projevit 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 schopni 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.

1.4.1 Vliv emočního vývoje

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 (cituji podle Langmeier a Krejčířová, 2006), 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 (tomu se věnuje další kapitola).

V průběhu dospívání můžeme pozorovat nejprve již dříve zmíněnou introvertovanost, ale ve střední a pozdní adolescenci se objevuje naopak opět vyšší extravertovanost a větší emoční stabilitu. Výzkum nicméně ukázal významně nižší stabilitu u dívek než u chlapců (Macek, 2003). Tento závěr považuji za dobrý zmínit, vzhledem k výzkumné skupině, kterou tvořily pouze dívky. To bylo způsobeno především obtížnou dosažitelností adolescentních pacientů – chlapců, kterých jsem byla schopna sehnat jen minimum. Dalo by se předpokládat, že mezi těmito dvěma poznatky bude určitá souvislost a vyšší míra emoční labilitu u dívek je i důvodem více pacientek – dívek tohoto věku.

V rámci svého působení v adolescentních skupinách jsem měla možnost zaznamenat, že v průběhu psychoterapeutického procesu je pacient často vystaven nepříjemným konfrontacím, kterým by se mimo terapii mohl snadno vyhnout, např. je-li naštvaný, jeho pocit někdo pojmenuje a on je nucen zabývat se tím, co v něm vztek vyvolalo, popř. proč ho není schopen ho zpracovat. Jako specifikum psychoterapie adolescentů 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.

1.4.2 Vliv kognitivního vývoje

Podmínkou pro kognitivní vývoj je v první řadě zrání mozku a učení (získávání zkušeností). V rámci neurofyziologického 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 Inhelderová, 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.

Důležitou roli hraje v psychoterapii také paměť, která se díky sebereflexi zpřesňuje. Myšlení přestává být černobílé a absolutní. Spolu s tím přibývá podle Macka (2003) i zvažování názorů druhých, často zkušenějších lidí, expertů. Jedním z nich může být právě psychoterapeut. Vágnerová (2012) dále dodává, že se zpřesňují a propojují adolescentovy úvahy a představy o druhých lidech. I to může být přínosné během terapeutické léčby.

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 v jeho zájmu, aby změnil své chování, protože jen tak mu může být opět dobře. Opatrnost je vhodná, co se týče emoční labilita, 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.

2 Neurotické poruchy u adolescentních pacientů

V této kapitole se blíže zaměřím na několik konkrétních diagnóz, se kterými jsem se setkala u respondentů v tomto výzkumu. Jak uvádí Hort et al. jsou neurotické poruchy „klasifikovány podle převažujících symptomů, kterými jsou například úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, kompulze (...)“ (2000, s. 215). 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) (MKN-10, 1992). Přesto je nutné mít na paměti, že myšlení dospívajících se stále rozvíjí, a ještě nedosahuje úrovně dospělých (Piaget a Inhelderová, 2014), 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 Dany Krejčířové ve vybraných kapitolách Dětské klinické psychologie (in Říčana et al. (2006)) v kombinaci s Hortem et al. (2000), především pak s kapitolami Jany Kocourkové a Evy Malé. Dál také o díla pojednávající o psychopatologii dospělých, protože věřím, že symptomatika dětí i dospělých se právě v období adolescence prolíná a vytváří specifické kombinace. Jedním z důvodů, proč jsem do svého výzkumu vybrala skupinu úzkostných a depresivních poruch je, že jsou tyto duševní obtíže často provázány a úzkost bývá u pacientů často v kombinaci i s depresí (Honzák et al., 2005).

Ve výzkumné části diplomové práce se blíže zaměřuji na symptomy těchto duševních poruch a jejich proměnu od začátku léčby do současnosti. V kontextu tohoto zde považuji za důležité uvést, že se výzkum soustředil na symptomy subjektivní, tedy na „osobní prožitky, o kterých dítě nebo adolescent referuje“ (Malá in Hort et al., 2000, s. 110). Tato skupina příznaků může být odlišná od symptomů objektivních, které bychom získali psychodiagnostickými metodami.

2.1 Úzkostné poruchy

Úzkost jako taková je přirozenou součástí života a od strachu se dá snadno odlišit nejasností předmětu, ke kterému by se přímo vztahovala (Krejčířová in 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 psychoterapii 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 terapeutovi 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* (nejčastěji benzodiazepinová nebo nebenzodiazepinová anxiolytika (Hort et al., 2000)) 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 významnou součástí psychoterapie, obzvláště při probírání krizových situací a možností, jak je řešit. Vzhledem k věku dospívajících pacientů vnímám jako zásadní hlavně riziko závislosti, když je pacient nebere dle stanovení lékařem. Nicméně ačkoli je v MKN-10 zařazena diagnóza zahrnující závislost na tomto typu psychofarmak (MKN, 1992) většina se „nejedná o závislost ve smyslu MKN-10, ale o

neuroadaptaci na lék při dlouhodobějším užívání. Dlouhodobější užívání lze přitom definovat jako delší než čtyři měsíce (...)“ (Hort et al., 2000, s. 440). V téže knize proto najdeme doporučení nepodávat tyto medikamenty déle než dva měsíce.

2.1.1 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Generalizovaná úzkostná porucha (dříve v MKN nazývána úzkostná neuróza) bývá specifická přítomností neustálé volně plynoucí 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. (Krejčířová in Říčan et al., 2006). Může být velmi těžké, obzvláště pro rodiče v počátečních stádiích, odlišit tuto poruchu od běžně přítomného adolescentního chování.

„Dominujícím problémem je zejména množství nejrůznějších strachů“ (Krejčířová in Říčan et al., 2006, s. 226). S těmito obavami se následně pojí touha pacienta po uklidňování a ujišťování druhými. Tento dlouhodobý neklid a napětí vede mimo jiné i k vegetativním příznakům a poruchám spánku, hlavně usínání. Důsledkem bývá pocit únavy a nedostatku energie, případně fáze agitovanosti a přebytku energie. Pro stanovení této diagnózy by měla porucha trvat alespoň šest měsíců (Propper in Hort et al., 2000).

Právě období dospívání a výzvy, které s sebou přináší, může být živnou půdou pro tento typ úzkostné poruchy. Adolescenti se porovnávají s vrstevníky, často zažívají pocity méněcennosti, a navíc se k tomu přidává stres s rostoucími nároky ve škole, případně v práci. Horší prognóza je pak u těch pacientů, kteří k tomuto všemu prochází ještě rozpadem rodiny, rozvodu vlastních rodičů (Propper in Hort et al., 2000).

2.1.2 Fobická porucha (F40)

Fobii lze definovat jako iracionálních strach (Hort in Hort et al., 2000), případně až nesnášenlivost či nenávisť (Honzák et al., 2005) vůči podnětům, které u běžné populace tyto pocity nevzbuzují. S prevalencí 4,5-11,8 % u specifických fobií se jedná o nejčastější druh psychických poruch v populaci, navíc dvakrát častější u žen. Důležitým diagnostickým kritériem je také vyhýbavé chování. „Příčiny je možné hledat jak v psychodynamických a psychosociálních okolnostech, tak v behaviorálních a biologických podkladech“ (Hort in Hort et al., 2000, s. 222).

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, nejčastěji sociálními ve formě docházení do školy. Ty se projevují, podobně jako u generalizované úzkostné poruchy, strachem 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). Pokud však reálný podklad nelze nalézt, je na místě zvážit, zda není jádrem spíše agorafobie nebo rozvíjející se sociální fobie (Honzák et al., 2005). Oproti školní fobii je pak naopak záškoláctví úplně jiným případem, kdy toto chování hlavně v období dospívání bývá zřídka důvodem úzkosti a převažuje nezájem a nechť žaka (Říčan et al., 2006).

2.1.3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)

Obsedantně-kompulzivní porucha často nazývaná 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. Dle Malé (in Hort et al., 2000) je u této poruchy možné zachytit dvě období zvýšeného výskytu prvních symptomů a to kolem

12-14 let a poté znovu okolo 20-22 let. Právě u adolescentů mohou být projevy OCD specifické – od agresivity a poruch chování až po narušené soustředění. Důležitým diferenciativním diagnostickým kritériem je přesvědčení, že nutkavé myšlenky jsou pacientovy vlastní a nejsou mu podouvány někým jiným, jako je tomu například u schizofrenie (Honzák et al., 2005).

V kontextu léčby obsedantně kompulzivní poruchy se jako nejúčinnější ukázala kognitivně behaviorální terapie. V rámci té je pacient postupně vystavován subjektivně nebezpečným situacím dle individuálního plánu, tvořeného spolu s psychoterapeutem. Jako podpora psychoterapie se osvědčila i farmakoterapeutická léčba, především SSRI antidepresiva. Zásadní je však postupná expozice pacienta obávaným podnětům. Ta může nejprve probíhat pouze v představách a poté i v reálném životě, přičemž hlavní „snahou [je] zabránit rituálu a následnému vyhýbavému chování“ (Malá in Hort et al., 2000, s. 233).

Rituály jsou obzvlášť důležitým tématem při skupinové terapii s adolescentními pacienty, 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.

2.1.4 Panická porucha (F41)

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 nejrůznější 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). Jako většina úzkostných poruch je i tato častější u žen (konkrétně

dvakrát až třikrát než u mužů) (Hrdlička in Hort et al., 2000). Panická porucha bývá nejčastěji diagnostikována samostatně (není vázaná na žádnou konkrétní fobickou situaci) nebo společně s agorafobií (F41.1) (Honzák et al., 2005).

2.2 Depresivní porucha (F32)

Přestože u adolescentních pacientů pozorujeme v rámci depresivní poruchy podobné symptomy jako u dospělých pacientů, jsou i příznaky typické právě pro období dospívání: „ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení až sociální fobie, kognitivní zhoršení, selhávání ve škole, únava, zvýšená spavost, změny hmotnosti, prudké kolísání nálad, nuda, anhedonie, beznaděj, zoufalství, vitální smutek, zvýšení iritabilita, impulzivita, sebevražedné pokusy (...) nebo zneužívání návykových látek“ (Malá in Hort et al., 2000, s. 199).

Další časté příznaky, jako je proměnlivost chování od lhostejnosti po abnormálně rychlé navazování kontaktů s novými lidmi, či například pseudofilozofování, mohou mít v oči okolí nejasný původ, protože bývají často spojovány s dospíváním samotným (Malá in Hort et al., 2000). Krejčířová v kapitole Emoční 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 jsou typické jak pro adolescenci, tak právě i pro 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). Toto prolínání příznaků deprese a dospívání je jeden z faktorů, který mohl ovlivnit výsledky výzkumné části této diplomové práce. Pokud některá pacientka zaškrtnula, že má například potíže v oblasti kolísání nálady, mohlo to být v důsledku aktuální životní fáze, nikoli symptom duševní poruchy. Z tohoto důvodu se nemusel projevit efekt psychoterapie.

Až u 40 % nezletilých pacientů trpících depresivní poruchou se setkáme s poruchou myšlení a vnímání. „U adolescentů nalézáme bludy náboženské, coenestopatické a paranoidní“ (Malá in Hort et al., 2000, s. 193). Poruchy sebehodnocení, soustředění, rozhodování a změny nálady se objevují až u 80 % dětí a adolescentů, což ve svém důsledku výrazně ovlivňuje jejich sociální zařazení. To je obzvláště zásadní v období dospívání, kdy je role vrstevníků klíčová. Je dobré mít toto na paměti během psychoterapie depresivních adolescentních pacientů.

Hlavním rizikem spojeným s depresivní poruchou jsou sebevražedné tendence a jednání. Obzvláště v období adolescence je riziko suicidia velmi vysoké (až *dvacetkrát* vyšší) v důsledku zvýšené impulzivity a jejím spojením s pocitem bezvýhodnosti situace. Je tedy nezbytné psychické problémy zavčas řešit (Malá in Hort et al., 2000).

3 Otázka po příčinách událostí

Myšlenka, že prožívání situací či životních událostí v životě člověka je ovlivněno tím, co vnímá jako *příčinu* situace, se mezi odborníky začala více rozvíjet v padesátých letech minulého století a řadíme ji pod psychologii osobnosti. Z dosavadních poznatků na toto téma je zřejmé, že člověk má během života „trvalý sklon hledat (a pak i vnímat) příčiny v různých možných oblastech vlivu rozdílnou měrou“ (Balcar, 1996a, s. 28). Z toho vyplývá, že různí lidé mohou na základě svých přímých i zprostředkovaných zkušeností vnímat příčiny podobných událostí v rozdílných oblastech.

Říčan (2010) navíc uvádí, že pravděpodobně až rozvoj informačních technologií zapříčinil zvýšený zájem o kognitivní stránku lidského prožívání a jednání. Pro kontext připomíná psychoanalýzu, která se od svého počátku věnovala způsobu lidského chování a jeho motivací, nicméně poznamenává, že „kognitivní psychologie užívá jinou strategii. Zkoumá, jakým způsobem mysl zpracovává informace“ (Říčan, 2010, s.133).

Fritz Heider byl jedním z prvních, kdo se systematicky zabýval kauzální atribucí, pojmem úzce spjatým s osobní příčinnou orientací (Janoušek, 1988). Zatímco v tomto výzkumu se pracuje se třemi místy vysvětlujícími lidské chování, Heider (1958) rozpracoval především vnitřní a vnější atribuci. Vnitřní představuje způsob chování, kdy člověk vychází z vlastních pohnutek a výsledek situace si interpretuje jako důsledek svých schopností, investované energie nebo osobnostních rysů. Naopak v případě vnější atribuce má člověk tendenci vnímat události jako důsledek momentálních okolností, chování druhých lidí či štěstí.

V odborných publikacích se lze setkat i s dalšími názvy toho stejného psychologického úkazu: „příčinné přisuzování“ („causal attribution“ – Heider 1958); „motiv kompetence“ („competence motive“ – White 1959); „místo ovládní“ („locus of control“ – Rotter 1966); „naučená

bezmoc“ („learned helplessness“ – Seligman 1975); „vlastní účinnost“ („self-efficacy“ – Bandura 1977); „přisuzovací styl“ („attributional style“) aj.“ (Balcar, 1996a, s. 28).

Těmito dalšími příbuznými pojmy a teoriemi pojednávajícími o příčinách lidského jednání a prožívání se v této práci dále zabývat nebudu, jelikož pro účely výzkumu nejsou příliš směrodatné. V další podkapitole se podrobněji zaměřím na konkrétní teorii Deciho a Ryana (2016), ze které budu ve své práci nadále vycházet.

Co považuji za důležité zmínit, je, že osobní příčinná orientace bývá nezřídka spojována také s motivací člověka a jeho chováním.

Svémi účinky v těchto oblastech tak také podstatně rozhoduje o naplnění nebo zmaření jeho potřeb, o jeho působení vůči druhým lidem a svému prostředí vůbec i o jeho působení vůči sobě samému a v důsledku toho i na jeho zdraví či zdravotním, osobním nebo společenském selhání (Balcar, 1993, s. 3).

To byl také důvod, proč jsem se ve svém výzkumu rozhodla zaměřit na tento úkaz a vedle toho i na motivaci, resp. motivovanost k psychoterapii, a zkoumat, zda se tyto oblasti u pacientů vyvíjejí současně.

Dalším zajímavým aspektem osobní příčinné orientace je její vliv na vytváření osobní *mapy světa* člověka. Tato mapa se vytváří na základě dílčích individuálních zkušeností a v průběhu života se mění a propracovává do větších detailů. Základ této mapy spočívá v pravidlech a zákonitostech dění – člověk si vytváří systém, který mu pomáhá orientovat se *co* (zda on sám, druzí lidé, nebo něco neosobního) bylo příčinou určité situace v jeho životě. Jednou z hlavních potíží *mapy světa* je, že se v ní vyskytují chyby. Zjednodušeně řečeno, příčina události je jiná, než jak ji vnímá člověk. Dalším problémem je tendence zobecňovat určitý typ postoje ve smyslu, že je buď vše moje chyba, vše chyba druhých, nebo vše čirá náhoda. V tomto přesvědčení se jedinec dál utvrzuje a posiluje jej,

čímž se vytváří začarovaný kruh a nezůstává prostor na úvahy, zda situace nebyla způsobena jinými faktory. Posledním úskalím je pak právě to, že tato *mapa* a v ní převažující osobní příčinná orientace „výrazně ovlivňuje motivaci i jednání člověka“ (Balcar, 1993, s. 3).

Na závěr této kapitoly považuji za vhodné zmínit, že důležitost osobní příčinné orientace spatřuji i v její možné souvislosti se vznikem a vývojem neurotických poruch. Na toto téma se zaměřil už Martin Seligman (1991) při svých výzkumech deprese. Jak shrnuje Říčan (2010), byl zásadní přechod od teorie, že apatii (při výzkumech se psy) způsobuje naučená bezmocnost, tedy je výsledkem proces učení. Závěry studií u lidí však ukázaly, že k tomu depresivní poruchu ovlivňuje právě místo řízení. Lidé s vnitřním místem řízení snadněji podlehnou depresi, protože ze svých neúspěchů viní právě sebe samotné. Zároveň však nelze říct, že by vnitřní místo kontroly bylo příčinnou neuroticismu, protože tito lidé sami sobě připisují i úspěchy, čímž mohou být psychicky odolnější. Pro účely mého výzkumu není tato teorie hlavní výchozí, nicméně ji považuji za důležitou jako možný doplněk při interpretaci výsledků studie.

3.1 Osobní příčinná orientace dle Deciho a Ryana

Na rozdíl ve vnímání a prožívání životních událostí plynoucí z jim přisouzených odlišných oblastí vlivu se kromě výše zmíněných autorů zaměřili také Edward L. Deci s Richardem Ryanem (2016). Z jejich pojetí tohoto fenoménu psychologie osobnosti, který nazvali *osobní příčinná orientace* (v originále *personal causality orientation*), budu vycházet ve své diplomové práci.

Deci a Ryan (2016) definovali tři oblasti osobní příčinné orientace:

- 1) *Vnitřní* příčinnou orientaci – za skutečnosti a události, které v životě nastávají, je zodpovědný jedinec samotný a je tudíž i v jeho moci okolnosti ovlivnit a mít pod kontrolou.

- 2) *Vnější* příčinnou orientaci – primární odpovědnost za události nese dle jedince jeho okolí, situaci tudíž ovládají oni, nikoli sám člověk.
- 3) *Neosobní* příčinnou orientaci – o okolnostech života člověka rozhoduje *náhoda, osud, bůh* či *štěstí*, ať tak, či tak, není v moci člověka ovlivnit situaci ani vývoj svého života.

Autoři také rozpracovali projev těchto orientací v lidském prožívání a chování. U každé také popsali typy prostředí a zkušeností podporující tu či onu příčinnou orientaci. Právě těmto podrobnostem se věnují následující podkapitoly.

3.1.1 Vnitřní příčinná orientace

Jak již bylo stručně zmíněno v úvodní části této kapitoly, při tomto typu orientace člověk vnímá sebe samého jako hlavní postavu, která ovlivňuje nastalé situace a okolnosti. Vnímá své možnosti a schopnost ovládat vlastními volbami a činy to, co se mu v životě děje. Z toho u člověka vyplývá i pocit zodpovědnosti za události a jejich příčiny a pocit vlastní kompetence.

Důležitým aspektem této orientace je pocit odpovědnosti za své činy, ale nikoli viny, pokud se člověku něco nepodaří. Jelikož jsou motivováni vlastními cíli a nejednají určitým způsobem z důvodu očekávané odměny nebo trestu, mohou si zpětnou vazbu od okolí přebrat jako užitečnou informaci ohledně funkčnosti jejich chování (Deci a Ryan, 2000). Protože oni jsou ti, kteří svůj život ovlivňují, mohou se na základě těchto informací příště zachovat jinak a dosáhnout tímto způsobem svého cíle. V neposlední řadě je pak důležité i to, že takto orientovaní lidé spolehlivěji rozpoznávají situace se skutečně odlišnou příčinou (Balcar, 1993).

Vnitřní příčinná orientace se rozvíjí díky prožitku, že chování člověka vyvolává v jeho okolí určité reakce. Především v raném období vývoje je možné tuto příčinnou orientaci podpořit poskytováním zpětné vazby

dítěti o možnosti vlivu jeho chování na dosažení cíle (Semanová, 2018) – například při učení zavazování tkaniček je možné dítěti ukázat vhodný způsob úchopu tkaniček, díky kterému se mu podaří dosáhnout žádaného uzlu. V této situaci lze poté reflektovat nevydařené pokusy zavazání v kontextu nevydařeného prvotního úchopu tkaničky a naopak.

3.1.2 Vnější příčinná orientace

U vnější příčinné orientace jsou člověkem jako primární příčina událostí vnímáni druzí lidé a okolí celkově. Lidé jsou těmi hlavními, kdo rozhoduje o životě člověka, a on sám nemá z této perspektivy žádnou možnost ovlivnit, jakým způsobem se bude jeho život vyvíjet. Z tohoto důvodu nenese samotný člověk ani zodpovědnost za nastalé situace a jejich důsledky.

Tato orientace je často vázaná na rané životní období naplněné přesnými instrukcemi, jak se člověk má chovat, a následnými odměnami či tresty, pokud dané pokyny (ne)splnil. Lidé tímto způsobem ztrácí kontakt s vlastními potřebami a tužbami, na prvním místě je splnit očekávání okolí a až v návaznosti na to je možné uspokojit sebe samotného (Balcar, 1993).

3.1.3 Neosobní příčinná orientace

Člověk, u kterého převažuje tento typ osobní příčinné orientace, se distancuje od možnosti, že by na jeho život měl vliv on sám, či někdo druhý. Tato orientace vzniká v důsledku okolí lhostejnému k potřebám dítěte. Prostředí uspokojuje dětské potřeby jen nahodile, bez souvislosti s jeho vlastním chováním, což vede k apatii a pocitu beznaděje, nebo impulzivité a zkratkovitému jednání (Balcar, 1993).

Tento typ osobní příčinné orientace může mít za následek amotivaci (pasivitu, apatii), protože mají lidé pocit, že nemohou za žádných okolností dosáhnout toužených výsledků. Člověk pozbývá pocit kompetence za svůj život a přestává být aktivním účastníkem svého života (Ryan a Deci, 2016).

3.3 Osobnostní sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví, nemoci a zdravotní péči

Jednou z oblastí, které osobní příčinná orientace bezesporu ovlivňuje, je léčba a postoje vůči zdraví a nemoci. Právě na tento aspekt příčinné orientace se zaměřuji i ve svém výzkumu, neboť vycházím z toho, že „v praktické péči o zdraví mívá často rozhodující úlohu pacientův postoj ke spolupráci a k terapii samotné“ (Niederlová, 2009, s. 2).

Jak doporučuje Overholser (2005) je během psychoterapeutického procesu žádoucí konfrontovat v dílčích situacích pacientovu nesprávnou atribuci příčin a podporovat přijetí odpovědnosti za vlastní život a změny v něm. Faktor, který naopak oslabuje vnitřní příčinnou orientaci a potažmo pacientův pocit, že může svou zdravotní situaci ovlivnit, je především biologicky orientovaný přístup k nemoci. Baosglu et al. (1994) vysvětlují, že pokud pacient přisuzuje příčinu svých zdravotních obtíží genetice a biologii, zůstává mu jen omezené množství možností, jak může situaci řešit. Navíc v případech, kdy pacienti vedle psychoterapeutické léčby podstupují i tu farmakologickou, může být problém i v přisuzování zlepšení psychofarmakům a ne terapeutickému procesu. Tento způsob vnímání může vést k relapsu při vysazení léků v budoucnosti. Dalším faktorem, tentokrát v sociální oblasti, může být i chudoba. Ta se může stát překážkou v léčbě psychických poruch ve chvíli, kdy pacient vnímá jako hlavní příčinu svých potíží své životní podmínky (Overholser, 2005). Specifická situace pak nastává při řešení interpersonálních konfliktů (například při párové nebo rodinné terapii), kdy lidé rádi přisuzují svému chování vnější příčinu, zatímco chování druhých připisují vnitřní motivy. Tento postoj může být dočasně opačný, pokud je výsledek situace z hlediska pacienta pozitivní – pak připisují zásluhy svým osobnostním rysům a schopnostem, zatímco při nežádoucím výsledku viní druhé nebo situační faktory (Fincham a Beach, 1988).

Jak podrobněji rozvedu v poslední kapitole teoretické části, souvisí postoje vůči zdraví a nemoci také s teorií sebeurčení (sebeřízení). Ta říká, že pro optimální fungování a rozvoj potřebuje člověk tři základní stavební kameny – pocit autonomie (ve smyslu, že člověk sám ovlivňuje svůj život), kompetence (důvěra, že činy povedou k žádoucím výsledkům) a pocit sounáležitost (v originálu „relatedness“, potřeba, aby mi rozuměly důležité blízké osoby). Čím víc má pacient tyto potřeby subjektivně uspokojené, tím více energie a soustředění je schopen vložit do léčby (Ryan a Deci, 2000).

4 Motivace v psychoterapii

4.1 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 získané učením (Hartl, Hartlová, 2009). V rámci mojí práce se budu věnovat sekundární motivaci. Zároveň, jak říkají autoři Ryan, Bradshaw a Deci (2019), pojem motivace je úzce spjat s psychologií, jelikož nám pomáhá vysvětlit lidské chování. I přesto se v průběhu historie pohled na motivaci významně proměňoval a je jednou z oblastí, kterou významně ovlivnily psychologické výzkumy.

Pro účely své práce budu vycházet mj. z formulace Nakonečného (1999), který popisuje motivaci jako proces, který má určitý cíl a k jehož dosažení jedinec využívá chování, které se vyznačuje intenzitou, směrem a trváním v čase. Rozšiřující definicí by mohla být ta od Ryana a Deciho (2016), že motivace je to, co přiměje člověka k aktivitě.

4.1.1 Vnitřní a vnější motivace

Ryan a Deci (2020) rozdělují motivaci z hlediska teorie sebeurčení či sebeřízení (v originále *self-determination theory*, zkráceně *SDT*) na vnitřní (vlastní) a vnější. Tyto dva druhy rozlišují nejen podle jejich primární zdrojů, ale také dle způsobu, jakým ovlivňují jednání člověka. Dle Ryana a Deciho proto záleží na formě převládající (vnitřní a vnější často působí současně) motivace, nikoli pouze na míře motivace člověka.

Vnitřní neboli autonomní motivaci tito autoři myslí ty pohnutky, které vychází z člověka samotného. Je to způsob chování, kterým člověk jedná jen kvůli sobě, nikoli z důvodu očekávání ostatních či vize odměny nebo trestu. Tento typ motivace může být dán i volně, když si člověk zvolí

určitý způsob reakce na situaci vzhledem ke svým hodnotám a přesvědčením (Ryan a Deci, 2016).

Naproti tomu vnější motivace je heterogenní skupina faktorů, které přímo či nepřímo ovlivňují aktivitu v našem životě. Tato vnější motivace může být buď daná čistě okolnostmi (špatná známka jako trest za nedonesení domácího úkolu ve škole), nebo částečně zvnitřněná (pocit zahanbení za podprůměrný výsledek v testu) (Ryan a Deci, 2020). Oblast na pomezí vnější a vnitřní motivace tvoří chování, které je výsledkem identifikace s hodnotami či pravidly, které nás prvotně motivují zvnějšku. Čím je tato identifikace integrovanější do osobnosti, tím je způsob motivace bližší té vnitřní a je více volní (Ryan a Deci, 2016).

4.2 Motivovanost k psychoterapii

Autoři Ryan, Lynch, Vansteenkiste a Deci (2011) se domnívají, že motivaci je oblasti psychoterapie věnováno zvyšující se množství pozornosti, jelikož je klíčovým faktorem pro úspěšnost samotné léčby.

Jeden ze základních kamenů, na kterých jsem stavěla při tvorbě své výzkumné otázky a následně i jedné z hypotéz, jsou Základy psychoterapie. Stanislav Kratochvíl (2012) zde popisuje výzkum psychoterapie a mj. i různé proměnné v pacientovi, především 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 v posuzovací stupnici motivovanosti k psychoterapii - důvěra v personál či instituci, kde léčba respondentky probíhá, důvěra v psychoterapii obecně, přání se léčit a rozhodnutí se podle toho chovat, znalosti o psychoterapii a víra ve vyléčení. Navíc jsem

vycházela i ze znalostí z bakalářské práce, v rámci které jsem používala dotazník FPTM-23, kde jsme se soustředily na podobné faktory (zakoušení duševní tísně, vstřícnost druhých za příznaky, naděje na zlepšení stavu, popírání potřeby pomoci, iniciativa pro psychoterapii a znalosti o psychoterapii) (Schulz, Lang, Nübling a Koch, 2003). 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). 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. Z tohoto důvodu byly v dotazníku motivace důležité otázky po *rozhodnutí* se skutečně léčit, což by mohlo být ukazatelem, zda jsou pro pacienta důležitější benefity z nemoci nebo uzdravení.

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: “(...) 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 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 Millera & Rollnicka (2002), kteří přišli s metodou *motivační interview*. V rámci něj se terapeut snaží, aby změnu inicioval klient, jeho cílem tedy není klienta přesvědčit. Obzvláště užitečná je navíc tato technika u pacientů s ambivalentními postoji vůči své nemoci. Tato metoda se ukázala jako významný pomocník při zapojování pacienta do léčby (zvyšování jeho angažovanosti) a dosažení lepších výsledků psychoterapeutické léčby. Přestože původně byla vyvinuta jako pomůcka při léčbě pacientů se závislostí, dnes už se aplikuje na mnohem širší spektrum pacientů (Hettema, Steele a Miller, 2005). Z hlediska psychoterapie s adolescenty může být tato technika užitečná, protože se zaměřuje na obě strany problému (jak pacientovu iniciativu se léčit, tak určitou touhu udržet si výhody nemocného) a navozuje tak v pacientovi pocit, že mu psychoterapeut opravdu rozumí.

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 podkapitulu 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.

4.2.1 Motivovanost, psychoterapie a osobní příčinná orientace

Tuto kapitolu jsem zařadila jako shrnutí poznatků ohledně psychoterapie, adolescence, motivovanosti k léčbě a osobní příčinné orientaci, které jsem zde doposud uvedla. Především mi jde o nastínění provázanosti těchto témat, které jsem se pokusila zachytit i v rámci svého výzkumu.

Autoři Lynch, Vansteenkiste, Deci a Ryan (2011) se zaměřili na roli vnitřní (autonomní) motivace v psychoterapeutické léčbě a došli k závěru, že pacienti, u kterých převládá tento typ motivace k léčbě, mají nižší riziko předčasného ukončení terapie. Zároveň je zajímavé, že podle nich si pacienti s vnitřní motivací odnáší z terapie více než pacienti, kteří jsou k ní motivováni spíše vnějšími faktory. U nezletilých pacientů toto může být zásadní právě v již dříve zmíněné situaci, kdy pacient přichází do terapie nikoli na vlastní žádost, nýbrž na žádost rodičů či jiného dospělého (lékaře, učitele). Nicméně tito autoři dále upozorňují, že obzvlášť na začátku léčby, podle nich není důležitá míra (kvantita) motivace pacienta, nýbrž kvalita motivace, především to, zda je vnitřní nebo vnější.

Během psychoterapie s dětmi platí více než u dospělých, že se pacienti potřebují v průběhu léčby cítit jako právoplatní partneři psycho-terapeuta. Čím silnější je pocit dítěte, že je pro terapeutický proces nepostradatelné, že měnit okolnosti svého života je v jeho vlastní kompetenci, tím vyšší bude i jeho motivace pro psychoterapii. To souvisí právě i s teorií osobní příčinné orientace - pokud dítě získá důvěru v to, že výsledků dosahuje primárně díky svým vlastním schopnostem, bude i efektivněji používat naučené seberegulační postupy. Navíc pokud bude i tuto volbu vnímat jako svou vlastní, bude sebeřízení úspěšnější (Balcar in Langmeier et al., 2000).

Dále, jak ve svém článku ukazují Overholser a Moll (1990), když lidé přisuzují příčinu jejich problémů externím faktorům, budou méně motivováni během psychoterapie. Namísto *kdo mou situaci zavinil*, je proto vhodnější se ptát, *jakou roli jsem v tom hrál já sám a mohl jsem něco udělat jinak*. „Dokud si člověk neuvědomí, že si své potíže způsobil sám, nemůže se objevit motivace ke změně. Pokud člověk stále věří, že jeho potíže způsobují druzí, smůla, neuspokojivé zaměstnání – krátce, něco mimo něj – proč vkládat energii do vlastní změny?“ (Yalom, 2002, s. 239). Pro pacienty však může být velmi těžké přijmout zodpovědnost za svou aktuální situaci, jelikož zodpovědnost by znamenala, že má člověk hlavní slovo ve svém životě a vývoji událostí. Přijetí odpovědnosti za své potíže je nicméně klíčový krok pro vývoj psychoterapie a zásadní předpoklad pro efektivní psychoterapeutický proces. Jen díky tomu se mohou pacienti odhodlat a začít svůj život aktivně měnit (Yalom, 2003). „(...) without motivation, nothing happens“ [bez motivace se nic nestane] (Ryan et al., 2011, s. 287, vlastní překlad).

„V (...) psychoterapii je často obratem k lepšímu zvládnutí nároků vlastního života změna nerealisticky zobecněné vnější nebo neosobní příčinné orientace směrem k většímu spoléhání na vlastní schopnosti poznání, volby a činu a k převzetí větší odpovědnosti za události svého života“ (Balcar, 1993, s. 7). Nicméně jak zmiňuje Yalom (2003), může být ve svém důsledku tato změna pohledu na svůj život příčinou velké lítosti, kterou je potřeba efektivně přetavit v odhodlání pootočit kormidlo lodi života jiným směrem.

V rámci práce na změně pacientovy osobní příčinné orientace je nicméně nutné se mít na pozoru před přechodem z extrémní vnější či neosobní orientace do přílišné vnitřní. To by mohlo způsobit, že se bude pacient v některých případech nesprávně obviňovat za nastalou situaci, přitom mohla být naprosto mimo jeho kontrolu. Sklony k takovému vnímání mají především depresivní pacienti (Brewin, 1985).

Tyto všechny zdroje naznačují, že existuje reálná souvislost mezi efektivitou psychoterapeutické léčby a motivovaností a navíc osobní příčinnou orientací pacienta, ať už dospělého nebo dítěte. Na základě těchto teoretických východisek jsem postavila i své výzkumné hypotézy a otázky, které jsem se pokusila potvrdit a zodpovědět analýzou získaných dat. Podrobnostem o výzkumu se bude věnovat následující druhá část této diplomové práce.

VÝZKUMNÁ ČÁST

1 Zkoumaný problém a cíl výzkumu

Můj zájem o problematiku psychoterapie adolescentních pacientů vznikl ještě při bakalářském studiu, během kterého jsem absolvovala různé stáže s nezletilými pacienty. Určujícím pro mě byla zkušenost z Denního stacionáře pro adolescenty při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Za čas strávený v tomto zařízení jsem si poprvé uvědomila, jak velkým tématem je u pacientů jejich motivace k léčbě. Ta byla bohužel často ovlivněna jejich nedobrovolným nástupem do léčby, jak jsem také uváděla v teoretické části této práce. Také se mi ukázalo v praxi, před jak těžkým úkolem stojí psychoterapeuti na začátku léčby, kdy je potřeba pacientovi ukázat, že léčba může skutečně přinést něco užitečného jemu samotnému, nikoli pouze jeho rodičům či jiným dospělým.

Dál jsem během svých stáží pozorovala specifickou práci s adolescentními pacienty. Všimla jsem si, že oproti dospělým pacientům je motivace dospívajících mnohem křehčí. I krátkodobé neúspěchy jim dokázaly sebrat velkou část odhodlanosti k práci na sobě, a navíc narušit důvěru v účinky psychoterapie nebo schopnosti terapeutického týmu. Bylo také nasnadě pozorovat, že pacienti, kteří se nenechali těmito dílčími propady tolik odradit, nebo je naopak ještě více motivovaly k práci, se v některých případech rychleji zlepšovali. Netřeba zdůrazňovat, že se pacienti, kteří byli silně vnitřně motivovaní, projevovali i během terapeutických sezení jako aktivnější a více se toužili věnovat svým tématům. Naproti tomu nemotivovaní pacienti si byli schopni psychoterapii pouze odsedět a pasivně poslouchat, co jim kdo říká.

Všechna tato pozorování mě vedla k úvahám nad faktory, které ovlivňují psychoterapeutický proces. Z tohoto důvodu se mým původně ústředním tématem stala motivace pacientů k psychoterapii, kterou jsem se zabývala už ve svém bakalářském výzkumu. Zajímalo mě, jak se mění míra motivovanosti k léčbě v průběhu terapeutického procesu a jestli tato míra koreluje s výsledky léčby, resp. s mírnějšími symptomy po určité době v terapii. Navzdory tomu, že byla v minulosti tato hypotéza potvrzena

mnohými výzkumy (uvedenými v teoretické části), v mém výzkumu se mi tuto souvislost nepodařilo prokázat.

V své diplomové práci jsem se rozhodla původní výzkum rozšířit o osobní příčinnou orientaci, která bývá nezděděná spojována právě s motivací člověka a jeho chováním (Balcar, 1993). Rozhodla jsem se blíže prozkoumat, co ovlivňuje motivaci k léčbě samotnou, proto jsem se zaměřila na osobnostní sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci, a hledala jsem, zda mezi těmito dvěma psychologickými fenomény existuje souvislost. Souběžně jsem se zajímala i o to, jak tyto aspekty souvisí přímo s vývojem symptomů během psychoterapeutické léčby.

Svůj výzkum vnímám jako příležitost zdůraznit význam motivace k léčbě a osobní příčinné orientace v léčbě pacientů s duševním onemocněním. Po studování zdrojů v rámci teoretické části jsem nabyla dojmu, že by se toto téma mělo více dostat do povědomí odborné veřejnosti a má velký potenciál, pokud se s ním bude pracovat přímo během léčby.

2 Výzkumný soubor a situace šetření

Jak jsem zmínila v úvodu své práce, bylo vzhledem k okolnostem potřeba hned na začátku mé studie mírně změnit způsob získávání respondentů. Nakonec jsem jako proveditelnější variantu zvolila oslovování konkrétních psychologů a psychoterapeutů pracujících s dospívajícími, kteří byli v několika případech ochotni nabídnout svým pacientům a jejich rodičům účast ve výzkumu. Po prvních týdnech oslovování odborníků bylo zřejmé, že se mi za dobu vyhrazenou ke sběru dat (zhruba od října 2020 do dubna 2021) nepodaří nalézt stejné množství dívek i chlapců. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla svůj výzkum zaměřit pouze na populaci dívek.

Jako základní kritéria svého výzkumného souboru jsem zvolila věk pacientek a délku trvání psychoterapeutické léčby. Věk respondentek byl 14-19 let s tím, že průměrný věk byl 16,5 let. Délka léčby respondentek byla 3-24 měsíců a zvolila jsem ji tak, aby i u minimální délky byla pravděpodobnost, že během psychoterapie mohlo dojít k určité změně. Výzkumný soubor se sestával ze 30 respondentek.

Jakmile se mi podařilo domluvit s psychoterapeuty, poslala jsem jim nebo předala osobně formuláře pro informované souhlasy zákonných zástupců nebo přímo respondentek, které byly plnoleté. S některými rodiči jsem poté hovořila telefonicky a vysvětlila jim, o čem se ve výzkumu jedná, jak bude nakládáno s daty jejich potomků, jiní preferovali komunikaci elektronickou. Pro tyto případy jsem vytvořila dokument (průvodní dopis), kde jsem krátce shrnula obsah výzkumu, důležité informace a připojila svůj kontakt pro případné dotazy. Se samotnými respondentkami jsem se buď setkala osobně, nebo vyplnily dotazníky online během telefonické nebo elektronické komunikace.

Všechny pacientky dostaly instrukci, aby si zvolily přezdívku nebo jakékoli označení, podle kterého bude možné přiřadit k sobě jejich dotazníky. Dál vyplnily věk a datum dne, kdy proběhl sběr dat. Nejprve vyplnily

posuzovací stupnici symptomů, motivace a dotazník DOPO-Z podle toho, jak se cítily na začátku léčby. Přestože jsem si vědoma, že metoda retrospekce může zapříčinit zkreslení dat z počátku léčby, věřím, že vzhledem k ohraničení délky terapie na maximálně dva roky budou výsledky blízko realitě. Zároveň jsem ani u jedné z respondentek nezaznamenala potíže s vybavováním jejích postojů a prožitků z období zahájení psychoterapie. Po této první fázi následovalo vyplňování všech tří dotazníků ještě jednou, tentokrát z pohledu současné situace.

Při sběru dat jsem se jak u respondentek, tak u jejich rodičů setkala s potřebou ujištění, jak bude s daty dít nakládáno. Poté, co jsem znovu vysvětlila, že budou data anonymizována (pracovala jsem pouze s přezdívkou a věkem), neměl s účastí ve výzkumu nikdo problém.

3 Výzkumná otázka a hypotézy

Ve svém výzkumu jsem se pokusila zodpovědět otázku, zda existují souvislosti mezi motivací k psychoterapii, osobnostními sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci a výsledky léčby. Tento vztah předpokládám na základě teorií autorů uvedených v teoretické části této práce, kteří uvádí, že motivace k léčbě a vnitřní příčinná orientace jsou důležitými faktory ovlivňující efektivitu psychotherapeutické léčby.

Konkrétněji jsem se pak ve výzkumu zaměřila na tyto otázky:

1. Koreluje u výběrového souboru motivace k psychoterapii s vnitřní příčinnou orientací vůči zdraví a nemoci?
2. Koreluje u výběrového souboru vyšší motivace a vyšší vnitřní příčinná orientace vůči zdraví a budou nemoci s mírnějšími symptomy?
3. Jaký typ osobnostních sklonů osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci převažuje u výběrového souboru na začátku léčby a poté v současnosti?

3.1 Hypotézy

Očekávám, že u pacientek budou průkazné korelace mezi skóry dotazníků symptomů, motivace a osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z) na počátku psychoterapie a v současnosti.

Toto obecné očekávání operacionalizují třemi hypotézami, které vždy popisují vztah pouze dvou ze tří proměnných tak, aby bylo možné statisticky testovat, případně vyvrátit nulovou hypotézu.

H₁: u pacientek je průkazná korelace mezi skóry dotazníku symptomů a motivace na počátku psychoterapie a v současnosti.

- **nulová hypotéza:** mezi skóry na počátku a v současnosti nejsou žádné statisticky průkazné rozdíly.

H₂: u pacientek je průkazná korelace mezi skóry dotazníku symptomů a DOPO-Z na počátku psychoterapie a v současnosti.

- **nulová hypotéza:** mezi skóry na počátku a v současnosti nejsou žádné statisticky průkazné rozdíly.

H₃: u pacientek je průkazná korelace mezi skóry dotazníku motivace a DOPO-Z na počátku psychoterapie a v současnosti.

- **nulová hypotéza:** mezi skóry na počátku a v současnosti nejsou žádné statisticky průkazné rozdíly.

4 Metody šetření

V rámci svého výzkumu jsem použila kvantitativní metody. Data jsem sbírala částečně osobně a částečně elektronicky za spolupráce s psycho-terapeuty. Vzhledem k tomu, že všechny tři dotazníky respondentky vyplňovaly dvakrát po sobě (nejprve z pohledu začátku léčby, poté z hlediska současného), snažila jsem se vytvořit posuzovací stupnice motivace k léčbě a potíží co nejstručněji tak, aby zachytily vše důležité, ale nepřetížily pacientky při sběru dat.

Vzhledem k původnímu záměru zahrnout do výzkumu i respondenty mužského pohlaví jsou položky v posuzovací stupnici motivovanosti k psychoterapii i posuzovací stupnici symptomů formulovány pro obě pohlaví.

4.1 Dotazník DOPO-Z

Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci vznikl v důsledku zjištění, že vnímání účinků různých typů vlivů působí na způsob, jakým se pacienti chovají a tím i na jejich nemoci a léčbu. Dotazník vytvořila Markéta Niederlová, která ve své práci uvádí:

Vytvořením této metody chceme poskytnout klinickopsychologickému zkoumání a praktické diagnostice poměrně jednoduchý nástroj pro zjišťování, jak testovaná osoba vědomě vnímá poměrný účinek vnitřních, vnějších a neosobních vlivů na její praktické počínání a tím i na skutečný zdravotní stav a výsledky péče o něj (Niederlová, 2009, s. 3).

Položek je v dotazníku 15 a týkají se různých situací z procesu léčby, ale i průběhu nemoci samotné (například názory na vznik nemoci), které jsou důležité z hlediska zdravotní péče. Otázky jsou formulovány subjektivně a částečně projektivně. U každého výroku jsou tři alternativy, které mohou mít vliv na pravděpodobnost výskytu této situace v životě člověka. Zpravidla se jedná o tyto možnosti:

- a) situace se odvíjí od chování člověka samotného,
- b) situaci nejvíc ovlivňují druzí lidé,
- c) situace je zapříčiněna vlivy mimo člověka a lidi celkově (hlavní vliv zde má osud atp.).

Čtvrtou možností je, aby člověk dopsal svůj vlastní nápad, co v situaci hraje důležitou roli a není to zmíněno v prvních třech. S touto čtvrtou variantou se nicméně při kvantitativním vyhodnocování nepracuje a může sloužit spíš ke kvalitativnímu rozboru odpovědí.

Odpovědi se vybírají na čtyřbodové stupnici od vůbec ne až po nejvíce. Výsledkem tohoto dotazníku jsou tři skóry:

1. IO: vnitřní příčinná orientace vůči zdraví a nemoci
2. EO: vnější příčinná orientace vůči zdraví a nemoci
3. MO: neosobní příčinná orientace vůči zdraví a nemoci

Všechny tyto skóry se počítají součtem hodnot položek, které se tážou na tu konkrétní příčinnou orientaci. Interpretace je možná dle statistického rozložení, nicméně výsledky mají i interpersonální a intrapersonální rovinu vzhledem k umístění výsledků na jednotlivých stupnicích. Hlavní závěrem u respondentů může být dle střední hodnoty a směrodatné odchylky, v jakém smyslu se respondent odchyluje od středu (zda u něj převažuje, či je oslaben určitý typ osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci).

Standardizace DOPO-Z byla provedena na souboru 116 studentů vysokých škol. Zdravotní stav respondentů nebyl rozhodující pro jejich zařazení do studie. Věkové rozpětí bylo 20-25 let.

Reliabilita a pojmová validita dotazníku byla autorkou také ověřena a závěrem bylo, že tyto psychometrické vlastnosti DOPO-Z splňuje. Obsahovou validitu autorka předpokládá na základě pečlivé formulace výroků v dotazníku (Niederlová, 2009).

4.2 Posuzovací stupnice motivovanosti k psychoterapii

Posuzovací stupnice byla vytvořena na základě podrobného rozboru složek ovlivňujících motivaci – především pak motivaci k léčbě za pomoci dotazníku FPTM-23 (Schulz et al., 2003). Ten však na rozdíl od této posuzovací stupnice měřil míru motivace k nástupu do léčby, proto se měřené kategorie motivace mírně liší. Pomocí myšlenkových map jsem došla k šesti základním faktorům. Na každý faktor jsem se v posuzovací stupnici zeptala dvěma způsoby (kladně a záporně), abych snížila případné záměrné zkreslení odpovědí. Jednotlivé položky jsem v dotazníku seřadila tak, aby po sobě nenásledovaly výroky tážající se na stejný faktor. I tímto způsobem jsem se pokusila snížit míru, v níž by respondentky výzkumu zkreslovaly své odpovědi pod vlivem obecně působící společenské žádoucnosti. Způsob odpovídání jsem zvolila stejný jako u dotazníku DOPO-Z, aby se to respondentkám snaže vyplňoval. Jednalo se tedy o čtyřstupňovou škálu od vůbec ne až po nejvíce.

První složkou motivace, která byla do posuzovací stupnice zahrnuta, byla důvěra v personál či instituci, kde léčba respondentky probíhá. Tento faktor považuji za důležitý zejména u dospívajících pacientů, kteří si, jak již bylo zmíněno, léčbu často nevolí sami a jsou pouze přivedeni na některou z klinik či ambulancí. V případě takového začátku je potřeba nejprve pracovat na důvěře v psychoterapeuta, jak mínilo hned několik autorů zmíněných v teoretické části. Na tuto výseč motivace jsem se v posuzovací stupnici ptala výroky:

1. Nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci.
7. Mám dojem, že na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi.

Dalším aspektem toho, co ovlivňuje motivaci, je právě rozhodnutí se pro léčbu. Jak již bylo zmíněno v předchozí části, u adolescentních pacientů můžeme v tomto ohledu nalézt poměrně často nedobrovolné zahájení

lčby. Důvod pro to, aby dospívající docházel na psychoterapii, si mohou prosadit jeho rodiče, ale i učitelé nebo výchovní poradci. I v tomto bodě jsem se inspirovala dotazníkem FPTM-23, do kterého byla zařazena totožná kategorie. Na otázku pro rozhodnutí k psychoterapii jsem se zeptala položkami:

4. Začít se léčit nebylo moje rozhodnutí (poradili mi to lékaři, rodiče, ...).

12. Usiloval jsem o možnost dostat se na léčení.

Další zkoumanou složkou motivovanosti by se dala nazvat důvěra v psychoterapii samotnou. Tato složka se z části může prolínat s prvním aspektem motivace, nicméně jsem se těmito výroky snažila zjistit, zda případná nedůvěra v kliniku pramení z té konkrétní instituce, nebo jestli má hlubší kořeny v nejistotě ohledně psychoterapie celkově. Tento faktor může částečně souviset i s následujícími otázkami na znalosti psychoterapie. Lze předpokládat, že komplexnější informovanost o psychoterapii bude zvyšovat i víru v ni samotnou. Proto jsem do dotazníku zařadila následující výroky:

2. Věřím, že psychoterapie má léčebné účinky.

9. Pochybuji, že by mé potíže mohla zlepšit psychoterapie

Jako čtvrtý aspekt motivace byly pak do posuzovací stupnice zařazeny otázky ohledně právě zmíněných pacientových znalostí o psychoterapii. I zde jsem se opírala o teoretické základy nastudované při psaní první části diplomové práce, a navíc o dotazník FPTM-23, kde byla měřená stejná kategorie. Někteří ze zmíněných autorů ve svých výzkumech totiž uváděli, že právě informace o průběhu psychoterapie, o tom co obnáší a obeznámenost ohledně toho, co mohou očekávat během tohoto druhu léčby, zvyšovala efektivitu psychoterapie. U respondentů jsem proto tuto oblast zjišťovala otázkami:

5. Vím, co od psychoterapie očekávat.

11. O psychoterapii toho vím jen málo.

Pátou součástí motivace k léčbě měřené v dotazníku bylo odhodlání se léčit a otázka, zda tomu pacient dává aktuálně ve svém životě prioritu. Tento aspekt motivace už se z části pojí i s osobní příčinnou orientací, jelikož pouze pacient, který vnímá sebe jako důležitou oblast vlivu na jeho potíže, se může rozhodnout, že se opravdu bude léčit a pracovat na sobě. Zároveň oslovuje i otázku ambivalentních pocitů pacientů, kteří mohou během psychoterapie řešit otázku, zda se vůbec chtějí zbavit svých potíží, které jim mohou přinášet určité vědomé i nevědomé sekundární zisky. Jak bylo uvedeno v teoretické části, do bodu opravdového rozhodnutí se pro léčbu nedojdou většinou pacienti, kteří jako příčinu svých potíží vnímají druhé nebo něco neurčitého (osud, geny apod.). Na tuto část motivace se tázaly položky:

3. Jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe.

8. Nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích.

V neposlední řadě byly pak do posuzovací stupnice motivace k léčbě zařazeny otázky po víře ve vyléčení. Tento aspekt motivace jsem do dotazníku zařadila jednak na základě teoretických poznatků a jednak na základě dotazníku FPTM-23, kde byl jeden z faktorů „naděje na zlepšení stavu“.

6. Nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdylepší.

10. Jsem si jistý/-á, že mohu žít bez nynějších obtíží.

4.3 Posuzovací stupnice symptomů

Posuzovací stupnici symptomů jsem využila stejnou jako při výzkumu v rámci bakalářské práce, jelikož se už tehdy osvědčil jako funkční a nedostala jsem k němu zpětnou vazbu, že by některý významný a častý symptom chyběl. Posuzovací stupnici symptomů jsem do výzkumu

zařadila pro posouzení účinků psychoterapie a v analýze výsledků budu s určitou opatrností užívat změny v tomto dotazníku jako přibližný ekvivalent efektu psychoterapie.

Posuzovací stupnici symptomů jsem sestavila sama na základě nejčastějších symptomů doprovázejících úzkostné a depresivní poruchy. Například u generalizované úzkostné poruchy je velmi častá nervozita, nízké sebehodnocení, a navíc v důsledku dlouhodobého neklidu dochází k potížím se spánkem a úbytku energie. Někteří pacienti pak naopak popisují přebytek energie až agitovanost (Krejčířová in Říčan et al., 2006). U depresivních poruch je zase výrazným příznakem kolísání nálady a jak jsem uváděla v teoretické části, až u 80 % nezletilých pacientů se objevují poruchy soustředění (Malá in Hort et al., 2000).

Konečnou verzi posuzovací stupnice jsem pak při bakalářském výzkumu zformovala na základě rozhovoru s terapeuty skupin zařazených do studie. Probírali jsme, jaké potíže pacienti nejčastěji udávají, ale také jaké další problémy vyplují na povrch během psychotherapeutického procesu a stanou se tak tématem skupinových sezení. Z širšího výběru jsme se zmíněnými psychotherapeuty 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 zaškrtnuli na stupnici, zda výroky naprosto platí/spíše platí/spíše neplatí/naprosto neplatí.

4.4 Etické aspekty výzkumu

Na začátku jsem respondentky, případně jejich zákonné zástupce informovala o tom, kdo jsem a pro jaké účely výzkum slouží, kde budou publikovány výsledky studie. Všechny nezletilé pacientky se sběru dat zúčastnily poté, co jejich zákonní zástupci podepsali informovaný souhlas. Pacientky, které již dosáhly plnoletosti, poskytly informovaný souhlas osobně.

Respondentky i jejich zákonní zástupci byli zpraveni o způsobu nakládání s jejich daty, resp. o tom, že je výzkum anonymní a není třeba, aby do dotazníku vyplňovaly své pravé jméno. Všem byla nabídnuta možnost zaslání výsledků studie, pokud budou mít zájem, nicméně žádná z respondentek tuto nabídku doposud nevyužila.

5 Výsledky šetření a statistické zpracování získaných dat

V rámci výzkumu jsem zvolila hladinu pravděpodobnosti 0,05, na které jsem následně testovala nulové hypotézy pomocí Wilcoxnova testu pro závislé skupiny a Spearmanova korelačního koeficientu. Tento neparametrický test jsem zvolila na základě testu normálního rozložení u motivace, potíží a osobní příčinné orientace. Přestože příčinná orientace se ukázala mít normální rozdělení, data z dotazníku motivace a potíží nikoli.

Test normality vytvořených průměrů potíží i motivace

	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistika	p-hodnota
POTÍŽE ZAČÁTEK - průměr	0,218	0,001
POTÍŽE SOUČASNOST - průměr	0,105	0,200
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - průměr	0,166	0,035
MOTIVACE SOUČASNOST - průměr	0,143	0,119

Test normality vytvořených skóre příčinné orientace

	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistika	p-hodnota
vnitřní - ZAČÁTEK	0,124	0,200
vnější - ZAČÁTEK	0,155	0,06
neosobní - ZAČÁTEK	0,121	0,200
vnitřní - SOUČASNOST	0,103	0,200
vnější - SOUČASNOST	0,108	0,200
neosobní - SOUČASNOST	0,086	0,200

Testování mediánů dat z posuzovací stupnice ukázalo, že u všech obtíží kromě symptomu *přebytek energie* došlo v průběhu léčby ke statisticky signifikantní změně obtíží ve smyslu zmírnění příznaků. I průměrná hodnota prožívaných potíží se v současnosti signifikantně lišila, a můžeme proto zamítnout nulovou hypotézu.

Rozdíly v mediánech potíží na začátku psychoterapie a v současnosti

DRUH POTÍŽÍ	p-hodnota
nálada	0,001
problémy s jídlem	0,008
problémy se spánkem	0,004
nervozita	0,000
poruchy soustředění	0,003
nízké sebehodnocení	0,000
úzkost	0,000
deprese	0,001
přebytek energie	0,635
nedostatek energie	0,001
PRŮMĚR POTÍŽÍ	0,000

U motivace nevyšel signifikantní rozdíl u výroku 4. a 12., nicméně ostatní položky vyšly významně a všechny ve smyslu zvýšení motivace k léčbě v průběhu psychoterapie. U celkového průměru nevyšel statisticky signifikantní rozdíl, a není proto možné zamítnout nulovou hypotézu. Nabízí se zde stručná interpretace, že faktor rozhodnutí se pro léčbu (výroky 4 a 12) se v průběhu léčby již nemění. Mohl nicméně ovlivnit průměrnou hodnotu motivace tak, že se neprokázala významná změna.

Rozdíly v mediánech motivace k léčbě na začátku psychoterapie a v současnosti

OTÁZKY NA MOTIVACI K LÉČBĚ	p-hodnota
1. Nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci.	0,007
2. Věřím, že psychoterapie má léčebné účinky.	0,029
3. Jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe.	0,014
4. Začít se léčit nebylo moje rozhodnutí (poradili mi to lékaři, rodiče,...).	1,000
5. Víím, co od psychoterapie očekávat.	0,000
6. Nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdylepší.	0,000
7. Mám dojem, že na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi.	0,023

8. Nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích.	0,004
9. Pochybuji, že by mé potíže mohla zlepšit psychoterapie.	0,001
10. Jsem si jistý/-á, že mohu žít bez nynějších obtíží.	0,001
11. O psychoterapii toho vím jen málo.	0,000
12. Usiloval jsem o možnost dostat se na léčení.	0,109
PRŮMĚR	0,107

5.1 Testování hypotéz

Jako první jsem testovala hypotézu H_1 : u pacientek je průkazná korelace mezi skóry dotazníku symptomů a motivace na počátku psychoterapie a v současnosti. Na hladině významnosti 0,05 se nepodařilo zamítnout nulovou hypotézu, že mezi skóry na počátku a v současnosti nejsou žádné statisticky průkazné rozdíly.

Korelace průměrů potíží a motivace na začátku léčby

		motivace ZAČÁTEK
potíže ZAČÁTEK	Korelační koeficient	0,276
	p-hodnota	0,140

Korelace průměrů potíží a motivace na začátku léčby

		motivace SOUČASNOST
potíže SOUČASNOST	Korelační koeficient	0,204
	p-hodnota	0,280

Ani u hypotézy H_2 : u pacientek je průkazná korelace mezi skóry dotazníku symptomů a DOPO-Z na počátku psychoterapie a v současnosti a H_3 : u pacientek je průkazná korelace mezi skóry dotazníku motivace a DOPO-Z na počátku psychoterapie a v současnosti se nepodařilo vyvrátit nulovou hypotézu, protože v testech nevyšel statisticky významný vztah.

Korelace potíží, motivace k léčbě a osobní příčinné orientace vůči zdraví
a nemoci na začátku léčby

		POTÍŽE ZAČÁTEK (průměr)	MOTIVACE ZAČÁTEK (průměr)	vnitřní ZAČÁTEK	vnější ZAČÁTEK	neosobní ZAČÁTEK
POTÍŽE ZAČÁTEK (průměr)	Korelační koeficient		0,276	0,086	0,261	0,150
	p-hodnota		0,140	0,650	0,164	0,430
	N		30	30	30	30
MOTI- VACE ZAČÁTEK (průměr)	Korelační koeficient			0,228	0,081	-0,009
	p-hodnota			0,225	0,670	0,963
	N			30	30	30
vnitřní orientace ZAČÁTEK	Korelační koeficient				0,430	0,028
	p-hodnota				0,018	0,882
	N				30	30
vnější orientace ZAČÁTEK	Korelační koeficient					0,200
	p-hodnota					0,288
	N					30
neosobní orientace ZAČÁTEK	Korelační koeficient					
	p-hodnota					
	N					

Korelace potíží, motivace k léčbě a osobní příčinné orientace vůči zdraví
a nemoci v současnosti

		POTÍŽE SOUČAS- NOST (průměr)	MOTIVACE SOUČAS- NOST (průměr)	vnitřní SOUČAS- NOST	vnější SOUČAS- NOST	neosobní SOUČAS- NOST
POTÍŽE SOUČAS- NOST (průměr)	Korelační koeficient		0,204	0,183	-0,055	0,089
	p-hodnota		0,280	0,332	0,771	0,640
	N		30	30	30	30
MOTI- VACE SOUČAS- NOST (průměr)	Korelační koeficient			0,044	0,075	-0,170
	p-hodnota			0,817	0,695	0,369
	N			30	30	30
vnitřní orientace SOUČAS- NOST	Korelační koeficient				0,362	0,158
	p-hodnota				0,049	0,404
	N				30	30
vnější orientace SOUČAS- NOST	Korelační koeficient					0,033
	p-hodnota					0,862
	N					30
neosobní orientace SOUČAS- NOST	Korelační koeficient					
	p-hodnota					
	N					

Z výpočtů rozdílů průměrných hodnot orientací je zřejmé, že u vnitřní a vnější orientace došlo v průběhu psychoterapie ke statisticky významné změně. Z hodnot na začátku a v současnosti lze vyčíst, že došlo k posílení těchto dvou orientací, zatímco u neosobního typu příčinné orientace nedošlo k signifikantní změně.

Rozdíly typů osobních příčinných orientací vůči zdraví a nemoci na začátku léčby a v současnosti

typ orientace	doba měření	průměr	rozdíl průměrů	p-hodnota
Vnitřní	začátek	28,1000	-3,4333	0,007
	současnost	31,5333		
Vnější	začátek	29,3333	-2,1000	0,003
	současnost	31,4333		
neosobní	začátek	26,5667	0,4333	0,588
	současnost	26,1333		

Následně jsem počítala statisticky významné korelace mezi průměrnými hodnotami osobních příčinných orientací na začátku léčby a v současnosti. Ve všech případech vyšla korelace signifikantní a bylo tedy možné zamítnoutou nulovou hypotézu o neexistenci vztahu.

Korelace typů osobních příčinných orientací vůči zdraví a nemoci

typ orientace	N	korelační koeficient	p-hodnota
vnitřní	30	0,547	0,002
vnější	30	0,809	0,000
neosobní	30	0,729	0,000

5.2 Korelace výroků posuzovacích stupnic potíží a motivace s typy osobní příčinné orientace

Dále jsem se ve statistických výpočtech zaměřila na korelace jednotlivých výroků v posuzovacích stupnicích prožívaných potíží

a motivaci k léčbě. Na tuto oblast výsledků jsem se zaměřila, protože jsem doufala nalézt vztahy mezi dílčími výroky motivací a potíží, přestože celkově vztah nevyšel statisticky průkazně. Tabulka obsahující korelace všech dotazníkových položek mezi sebou je velmi rozsáhlá, z toho důvodu zde pouze popíši statisticky významné korelace. Souhrnné tabulky jsou zařazeny v přílohách (č. XII, XIII, XIV, XV, XVI a XVII).

V testu, kde jsme počítali korelaci jednotlivých potíží a osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci na začátku léčby, vyšel statisticky významně kladný vztah mezi soustředěním a vnější příčinnou orientací. Záporný vztah naopak vyšel signifikantně v souvislosti s přebytkem energie, a to na začátku i v současnosti (příloha č. XVI a XVII).

Naopak při korelování výroků motivace k léčbě a osobní příčinné orientace vyšla na začátku psychoterapie průkazně kladně položka 3. („jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe“) s vnitřní orientací. V současnosti vyšla u stejné položky signifikantně pozitivní korelace s vnější orientací. U výroku 2. („věřím, že má psychoterapie léčebné účinky“) byl v současnosti statisticky významný kladný vztah s vnitřní i vnější příčinnou orientací (korelační koeficient je vyšší s vnitřní). Poslední výrok, který průkazně negativně koreloval s některým typem příčinné orientace, byl 7. („mám dojem, že na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi“) s vnitřní orientací.

5.3 Korelace výroků potíží a motivace

Dalším možným úhlem pohledu na nasbíraná data je hledání vztahů mezi průměrnými potížemi a jednotlivými výroky motivace, respektive průměrnou motivací a dílčími symptomy.

Když se podíváme na průměrnou hodnotu potíží a jednotlivé položky zjišťující motivaci nalezneme statisticky významný vztah mezi obtížemi a výrokem 1 („nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou

pomoci“). Korelace je kladná, tudíž výsledek naznačuje, že čím vyšší je míra prožívaných symptomů, tím větší je nejistota vůči zařízení. Při měření v současnosti se tento vztah znovu nepotvrdil, nicméně průkazně vyšla kladná souvislost s výroky 6 („nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdy zlepší“) a 11 („o psychoterapii toho vím jen málo“).

Průměrná motivace na začátku léčby i v současnosti kladně koreluje s nedostatkem energie. Pouze v současnosti naproti tomu vyšla statisticky významně kladná souvislost se sebehodnocením.

5.3.1 Vztah jednotlivých symptomů

Jako na poslední, spíše doplňující oblast výpočtů jsem se zaměřila na korelace jednotlivých potíží a poté výroků ohledně motivace k léčbě. Vzhledem k poměrně vysokému množství statisticky významných korelací v obou případech zde budu popisovat pouze korelace silnější než $\pm 0,5$ (více k nahlédnutí v přílohách č. XII a XIII).

V první řadě mě zajímalo především to, zda mají určité symptomy alespoň statisticky v mém výběrovém souboru souvislost s dalšími příznaky. Na začátku léčby se tento vztah ukázal pozitivní a signifikantní mezi depresí a potížemi s náladou, horším sebehodnocením a problémy s jídlem, úzkostí a nervozitou, i nedostatkem energie a depresí. Naopak mezi přebytkem energie a depresí je vztah negativní. Při druhém měření z hlediska současnosti se potvrdil vztah mezi depresí a potížemi s náladou i úzkostí a nervozitou. Navíc se objevily průkazné kladné korelace mezi soustředěním a spánkem i nervozitou a dále depresí a sebehodnocením.

O něco slabší, ale stále signifikantní kladný vztah vyšel také u deprese a úzkosti, čímž se i v mém výzkumu potvrdil názor, že jsou tyto obtíže často provázány a objevují se současně (Honzák et al., 2005).

5.3.2 Vztah výroků ohledně motivace k léčbě

U otázek po motivovanosti pacientek k léčbě se objevilo ještě větší množství průkazných korelací než u symptomů, což naznačuje, že se otázky skutečně ptaly víceméně na tentýž fenomén, pouze z jiných úhlů pohledu. Vzhledem k zápornému i kladnému způsobu formulace výroku lze v tabulce XY vidět, že některé položky korelují silně negativně. V následujícím popisu statisticky průkazných korelací uvádím nejen čísla, pod kterými jsou v seznamu (s. 52-53), ale vždy v závorce i jejich znění. Je to proto, abych čtenáři ušetřila práci s jejich dohledáváním v textu dotazníku.

Na začátku psychoterapie koreluje s nejvíce položkami hned první výrok („nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci“). Statisticky významný kladný vztah vyšel silně s položkou 9 („pochybuji, že by mé potíže mohla zlepšit psychoterapie“). Záporný naopak s položkami 2 („věřím, že psychoterapie má léčebné účinky“), 3 („jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe“), 7 („mám dojem, že na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi“). Výrok 3 („jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe“) průkazně, ale záporně souvisí s otázkami 8 („nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích“), 9 („pochybuji, že by mé potíže mohla zlepšit psychoterapie“) a kladně s výrokem 10 („jsem si jistý/-á, že mohu žít bez nynějších obtíží“). Pátá položka („vím, co od psychoterapie očekávat“) vyšla významně v záporné souvislosti s výrokem 11 („o psychoterapii toho vím jen málo“). Silná pozitivní korelace se ukázala také mezi položkami 6 („nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdylepší“) a 8 („nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích“) a 11 („o psychoterapii toho vím jen málo“).

Při měření ze současného pohledu vyšla záporná souvislost položek 1 („nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci“) s 2 („věřím, že psychoterapie má léčebné účinky“) a 7 („mám dojem, že

na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi“). Dále výrok 3 („jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe“) negativně koreloval s 6 („nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdylepší“) a 8 („nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích“). Zároveň je průkazný kladný vztah mezi 6 („nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdylepší“) a 8 („nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích“). A v neposlední řadě je zde záporná souvislost mezi 7 („mám dojem, že na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi“) a 9 („pochybuji, že by mé potíže mohla zlepšit psychoterapie“). Zbylé výsledky jsou k nahlédnutí v přílohách č. XIV a XV.

6 Diskuse a závěry z výzkumu

6.1 Metodologická část

V oblasti metodologie mého výzkumu jsem si vědoma několika rezerv, na kterých by se dalo zapracovat v příštích výzkumech. Jedná se především o zvolené výzkumné strategie a metody, podobu výzkumného souboru a také samotné téma zkoumání psychoterapie.

Faktorem, který nepochybně mohl ovlivnit výsledky studie, bylo zvolení metody retrospekce při sběru poloviny dat. Tuto strategii jsem zvolila z důvodu omezeného množství času na realizaci výzkumu, ale lze předpokládat, že při vzpomínání na situaci na začátku léčby mohlo dojít k určitému zkreslení vlivem zapomínání a blednutí detailů. Alespoň o částečné zmírnění tohoto vlivu jsem se pokusila stanovením konkrétní a poměrně krátké doby, po kterou mají pacientky do psychoterapie docházet. Věřím, že rozpomínat se na dobu před maximálně dvěma lety bylo snazší než na ještě vzdálenější minulost.

Výzkumný soubor byl sestaven z dívek, které kromě délky psychoterapie splňovaly i kritérium věkové, tedy 14 až 19 let. Přestože je toto rozpětí (jak je i uvedeno v teoretické části práce) bráno nejčastěji jako období adolescence, může být velký rozdíl mezi pacientkami na začátku a konci tohoto věkového spektra. Z tohoto důvodu je možné namítnout, že je nespolehlivé srovnávat takto věkově vzdálené jednotlivce.

Dalším aspektem výběrového souboru, který omezuje zobecnitelnost výsledků studie je, že byl vybrán nenáhodně na základě dostupnosti respondentek. Hlavním důvodem, který uváděli oslovení psychoterapeuté při odmítání účasti svých pacientek ve výzkumu, byla obava z narušení terapeutického vztahu a důvěry. Do budoucna by bylo lepší oslovovat pacientky přímo, v době covidu-19 to nebylo možné z důvodu zákazu vstupu veřejnosti do zdravotnických zařízení.

Jak jsem zmínila v úvodu kapitoly, dalším z hlavních omezení z hlediska metodologie, a tudíž i statistických výpočtů, byla volba čtyřbodových hodnotících stupnic. Ty jsem zvolila z důvodu zachování stejného způsobu odpovídání ve všech třech dotaznících, avšak při volbě pětibodové posuzovací stupnice by bylo pravděpodobnější, že by u všech tří skupin dat bylo dosaženo normálního rozdělení. Vzhledem k nestandardnímu rozložení dat jsem dala při výpočtech přednost neparametrickým metodám, které by do budoucna při zajištění normálního rozložení mohly být nahrazeny parametrickými.

V neposlední řadě je pak z metodologického hlediska celkově problematické zkoumat efekt a souvislosti v rámci psychoterapie. Není možné plně kontrolovat vliv nežádoucích proměnných, které mohou ovlivňovat vývoj pacientova života a tím i jeho příznaků. Svou roli mohou hrát různé klíčové události v životě, ale v období adolescence je nutné zvážit také samotné změny plynoucí z této přechodové fáze. Jak jsem uvedla i v kapitole Rozdíly mezi psychoterapií adolescentů a dospělých, jsou tyto roky opravdu velmi bouřlivé a ke změně některých příznaků může dojít samovolně. V rámci této studie nebylo možné tyto vlivy zaznamenávat a zahrnout do vyhodnocování výzkumu.

6.2 Obsahová část

Navzdory očekáváním a teoreticky podloženým poznatkům se nepotvrdilo hlavní očekávání, že budou na začátku psychoterapie i v současnosti statisticky významné korelace mezi potížemi, motivací k léčbě a typy osobní příčinné orientace. Nepodařilo se prokázat, že by existovala souvislost mezi mírou motivace a subjektivně prožívanými symptomy, ani že by nějak souvisel typ příčinné orientace a motivace či vývoj symptomatiky. Zde by se dalo uvažovat nad tím, že korelace vnitřní příčinné orientace a motivace možná nevyšla proto, že motivace k léčbě může souviset s tím, že pacient očekává, že mu pomůže někdo zvenku.

Jediné, co lze v tomto smyslu ze statistické analýzy dat vyčíst, je, že například motivace a potíže (při obou měřeních) nebo motivace a vnitřní příčinná orientace na začátku léčby středně silně kladně korelují, a je otázka, zda p-hodnota nemohla být zkreslena nevhodným výběrovým souborem.

Za důležitý výsledek statistické analýzy dat považuji závěr, že u všech potíží kromě přebytku energie došlo v průběhu léčby ke zmírnění. S určitou opatrností můžeme učinit závěr, že psychoterapie má v tomto ohledu pozitivní dopad, není však možné stanovit jaké další faktory měly na uzdravení vliv. *Nezlepšil* se přebytek energie, ale zde je na místě otázka, zda je vůbec cíl psychoterapie, aby měl pacient méně energie.

Průkazná kladná korelace vyšla na začátku i v současnosti mezi vnitřní a vnější příčinnou orientací, což by se dalo vysvětlit jednak zvyšováním pocitu, že má člověk sám vliv na svůj život a jednak i intenzivním vztahem s psychoterapeutem, který má z pozice *druhých lidí* najednou větší vliv na pacienta. Malou změnu v osobnostních sklonech osobní příčinné orientace můžeme přičítat tomu, že se jedná o určité rysy osobnosti, které psychoterapie může ovlivňovat, nicméně jinak mívají v průběhu života spíše trvalou povahu.

Přestože se nepodařilo vyvrátit hlavní nulové hypotézy, zaměřila jsem se detailněji na vztahy jednotlivých položek dotazníků a zde už bylo možné určité korelace nalézt. Při analýze vztahů mezi potížemi a příčinné orientací vyšel při obou měřeních průkazně negativní vztah mezi přebytkem energie a vnější orientací. Toto by se dalo vysvětlit na příkladu pacientů v manické fázi, kteří v tomto stavu spoléhají především na sebe a druzí v tu chvíli nehrají tak důležitou roli. Pozitivní korelaci mezi soustředěním a vnější orientací na začátku léčby je možné interpretovat tak, že když se pacient nemůže dostatečně soustředit, a tím pádem ani spolehnout například na své vlastní závěry, více se spoléhá

na ostatní, což může být právě případ i pacientů přicházejících do psychoterapie.

Mezi motivací a osobní příčinnou orientací se ukázal pozitivní vztah třeba v případě výroku 3. („jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe“) na začátku s vnitřní orientací a v současnosti s vnější orientací. Nabízela by se zde interpretace, že pacient nejprve sám chce život změnit a v průběhu terapie začne dávat důležitost terapeutovi v tom, jakým *způsobem* by změna mohla proběhnout. Svou roli zde může hrát i výskyt nejprve narůstající a poté ustupující závislosti pacienta na terapeutovi. Tyto výsledky by mohly naznačovat, že pacientky se momentálně v průměru nacházejí spíše ve fázi závislosti.

Za významný poznatek považuji i kladný vztah mezi vírou v psychoterapii (výrok 2.) a vnitřní a vnější orientací, který se projevil u pacientek v současnosti. Tento výsledek dává smysl, protože pokud člověk věří, že on sám (silnější je korelace s vnitřní orientací), případně druzí mohou okolnosti ovlivnit, pak bude věřit i v dosažení změny skrz psychoterapii.

V neposlední řadě zde chci krátce okomentovat výsledky analýzy průměrných potíží a motivace s jednotlivými výroky dotazníků. Zde vidíme kladnou korelaci mezi mírou subjektivních potíží a nedůvěrou v léčebné zařízení. Otázkou by zde mohlo být, proč právě místo, kde se bude léčba odehrávat takto koreluje na počátku psychoterapie. V současnosti vyšla negativní korelace mezi potížemi a vírou ve zlepšení zdravotního vztahu, což by dávalo větší smysl – pokud má pacientka stále potíže i v průběhu psychoterapie, může to snižovat její naději na vyléčení. Zároveň jsem analyzovala i vztahy průměrné motivace a jednotlivých symptomů a za sdílení stojí například kladná korelace nedostatku energie a nízké motivace na začátku léčby, které se ani v druhém měření nemění a vztah zůstává signifikantní.

Na závěr jsem analyzovala vztahy jednotlivých potíží a výroků ohledně motivace k léčbě. U symptomů nevyšlo nic zvlášť překvapivého a pouze se potvrdily některé teoretické i empirické poznatky z první části diplomové práce jako například, že spolu pozitivně souvisí úzkost a deprese, že deprese zároveň kladně koreluje s potížemi nálady, a záporně s přebytkem nebo kladně s nedostatkem energie.

U položek z dotazníku motivace se na první pohled nepotvrdily vztahy mezi dvojicemi otázek, které se ptaly na stejný faktor motivace k léčbě. Každopádně průkazných korelací mezi výroky vyšlo velmi hodně, a lze z toho tedy usuzovat, že jednotlivé části motivace se prolínají a není vždy možné je jasně oddělit. Například na začátku léčby souvisí s nejméně položkami výrok 1 („nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci“) a faktor důvěry v personál či instituci, kde bude léčba probíhat, se prolíná s odhodláním se léčit a důvěrou v psychoterapii jako takovou. Slabší vztah je pak i se znalostmi o psychoterapii a vírou ve vyléčení. Toto množství korelací prvního výroku se při druhém měření již znovu neprokázal a dalo by se tudíž uvažovat nad tím, zda místo, kde psychoterapie probíhá neztrácí v průběhu léčby na důležitosti.

Souhrn

Diplomová práce se zaměřila na vztahy mezi motivovaností k léčbě, osobnostními sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci a symptomy adolescentních neurotických pacientek v individuální psychoterapii. Autorka se v teoretické části práce věnovala psychoterapii adolescentů, jejímu průběhu, specifickým i vlivům, které mohou léčbu ovlivňovat, a následně neurotickým poruchám a jejich projevům u této věkové skupiny. Právě z nejčastějších projevů úzkostných a depresivních poruch pak vycházela ve svém výzkumu, kde symptomy měřila na začátku a po určité době v terapii. Dál podrobně rozebrala teorii osobní příčinné orientace a její oblast úžeji zaměřenou na postoje vůči zdraví a nemoci. Závěrečnou část pak věnuje motivaci k psychoterapii a provázanosti tohoto tématu právě s adolescencí a osobní příčinnou orientací.

Výzkumná část se věnovala samotné studii, autorka vysvětlila svůj záměr i způsob, jak se ho pokusila dosáhnout. Nejprve popsala výzkumný soubor, jak a podle kterých kritérií jej vytvořila, poté uvedla, jakou formou proběhl sběr dat. Poté jsou formulovány výzkumné otázky a hypotézy, které byly následně statisticky testovány. Následuje popis metod, které autorka pro svůj výzkum použila. Nejprve blíže rozvádí informace o dotazníku osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci, poté vysvětluje, jak vytvořila posuzovací stupnice motivovanosti k léčbě a symptomů.

V návazné části své práce autorka prezentuje výsledky statistické analýzy dat. Diskuzi nad jejich významem pak věnuje závěrečnou část své práce, kde popisuje možnou interpretaci dat a konstatuje souvislosti mezi dílčími položkami dotazníků. Autorka uvádí, že se nepodařilo zamítnout hlavní nulové hypotézy, přesto dochází k několika obecnějším závěrům. Potvrzuje například, že, v souladu s teoretickými poznatky, spolu některé ze symptomů korelují (nálada a deprese, nervozita a úzkost

aj.). Dále uvádí, že určité aspekty motivace (například vírou ve zlepšení zdravotního vztahu) souvisí s mírou prožívaných symptomů. Také na základě analýzy dat stanoví, že typy osobní příčinné orientace jsou v průběhu léčby poměrně stabilní, ale psychoterapie mírně posiluje vnitřní a vnější orientaci.

Vzhledem k velikosti a způsobu výběru výzkumného souboru není tato studie dostatečně reprezentativní, nicméně jasně naznačuje, že určitá souvislost mezi zkoumanými oblastmi je a bylo by přínosné se jí dále věnovat.

Seznam literatury

- BALCAR, K. (1993). *K psychologii osobní příčinné orientace* [docentská habilitační přednáška]. FF UK, Praha.
- BALCAR, K. (1996). Dotazník osobní příčinné orientace I: konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*, 40(1), 28-37.
- BAŞOĞLU, M., MARKS, I. M., KILIÇ, C., et al. (1994). Alprazolam and Exposure for Panic Disorder with Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 164(05), 652–659.
- BREWIN, C. R. (1985). Depression and causal attributions: What is their relation? *Psychological Bulletin*, 98(2), 297–309.
- FINCHAM, F. & BEACH, S. (1988). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 5. Real versus hypothetical events. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 505-514.
- HEIDER, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- HETTEMA, J., STEELE, J., & MILLER, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
- HONZÁK, R. et al. (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- HIROTO, D. S., & SELIGMAN, M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of personality and social psychology*, 31(2), 311-327.
- JANOUŠEK, J. (1988). *Sociální psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

- JAVORNICKÁ, G. (2015). *Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii* (nepublikovaná diplomová práce). Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
- KRATOCHVÍL, S. (2012). *Základy psychoterapie* (6. vyd.). Praha: Portál
- LANGMEIER, J., BALCAR, K. & ŠPITZ, J. (2000). *Dětská psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- LYNCH, M. F., VANSTEENKISTE, M., DECI, E. L., & RYAN, R. M. (2011). Autonomy as process and outcome: Revisiting cultural and practical issues in motivation for counseling. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 286–302.
- MACEK, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- MILLER, W. R., & ROLLNICK, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- NAKONEČNÝ, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- NIEDERLOVÁ, M. (2009). *Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci*. Nepublikovaný rukopis, Katedra psychologie, UK FF, Praha.
- NIEDERLOVÁ, M. (2009). *Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci* [manuál]. Nepublikovaný rukopis, Katedra psychologie, UK FF, Praha.
- OREL, M. a kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. vyd.). Praha: Grada.
- OVERHOLSER, J. C. (2005). Contemporary Psychotherapy: Promoting Personal Responsibility for Therapeutic Change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(4), 369–376.
- OVERHOLSER, J. C., & MOLL, S. H. (1990). Who's to blame: Attributions regarding causality in spouse abuse. *Behavioral Sciences & the Law*, 8(2), 107–120.
- 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.

RYAN, R., BRADSHAW, E. L., & DECI, E. L. (2019). Motivation. In STERNBERG, R. J. & PICKREN, W. E., *The Cambridge Handbook of the Intellectual History of Psychology*, (pp. 391-411). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

RYAN, R. & DECI, E. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Boston, MA: Springer US

RYAN, R. & DECI, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

RYAN, R. M., & DECI, E. (2016). Self-determination theory : Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. Dostupné z <https://ebookcentral.proquest.com>

RYAN, R. & DECI, E. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*.

RYAN, R. M., LYNCH, M. F., VANSTEENKISTE, M., & DECI, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice 1ψ7. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193–260.

ŘÍČAN, P. (2010). *Psychologie osobnosti* (6. vyd.). Praha: Grada Publishing.

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.

SELIGMAN, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.

SEMANOVÁ, L. (2018). *Osobní příčinná orientace a prožívání smyslu v životě u dospělých pacientů trpících epilepsií ve vztahu k úspěšnosti léčby* (nepublikovaná diplomová práce). Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

VÁGNEROVÁ, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (2. vyd.). Praha: Karolinum.

YALOM, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

YALOM, I. D. (2003). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.

(1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd. 3.)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. I – dotazník DOPO-Z.....	1
Příloha č. II – posuzovací stupnice symptomů.....	6
Příloha č. III – posuzovací stupnice motivace k léčbě.....	7
Příloha č. IV – průvodní dopis	8
Příloha č. V – informovaný souhlas.....	9
Příloha č. VI – hrubé skóry posuzovací stupnice potíží na začátku.....	10
Příloha č. VII – hrubé skóry posuzovací stupnice potíží v současnosti.....	11
Příloha č. VIII – hrubé skóry posuzovací stupnice motivace na začátku.....	12
Příloha č. IX – hrubé skóry posuzovací stupnice motivace v současnosti.....	13
Příloha č. X – hrubé skóry DOPO-Z na začátku.....	14
Příloha č. XI – hrubé skóry DOPO-Z v současnosti.....	17
Příloha č. XII – výsledky korelací potíží na začátku.....	20
Příloha č. XIII – výsledky korelací potíží v současnosti.....	21
Příloha č. XIV – výsledky korelací motivace na začátku.....	22
Příloha č. XV – výsledky korelací motivace v současnosti.....	23
Příloha č. XVI – výsledky korelací potíží, motivace a DOPO-Z na začátku léčby.....	24
Příloha č. XVII – výsledky korelací potíží, motivace a DOPO-Z v současnosti.....	26
Příloha č. XVIII – výsledky korelací průměrných potíží a výroků motivace na začátku léčby a v současnosti.....	28
Příloha č. XIX – výsledky korelací průměrné motivace a jednotlivých potíží na začátku léčby a v současnosti.....	29

D O P O - Z

Názory na zdraví a nemoc

Prosíme, **dopište** nebo **podtrhněte** dále uvedené údaje o Vás: Dne: _____

Jméno: _____ Pohlaví: MUŽ – ŽENA Věk: _____

Dosažené vzdělání: ZÁKLADNÍ ŠKOLA – VYUČENÍ – STŘEDNÍ ŠKOLA – VYSOKÁ ŠKOLA

Zajímá nás Váš názor na to, co má vliv na zdraví člověka. Prosíme, přečtěte si dále uvedené výroky. V každém řádku (a), (b) a (c) **zakroužkujte** to číslo, které – na základě Vašich zkušeností – Váš názor vystihuje nejlépe. Jde o Vaše názory na zdraví, onemocnění a léčení u lidí vůbec. U různých lidí a různých nemocí pochopitelně budou dále uváděné vlivy důležité v rozdílné míře. Zde Vás však žádáme, abyste jejich důležitost odhadl(a) všeobecně, „v průměru“ pro všechny lidi a všechna možná onemocnění dohromady.

Číslo **0** znamená „vůbec ne“, **1** znamená „málo“, **2** znamená „značně“ a **3** znamená „nejvíce“. Ohodnoťte **každé** tvrzení, žádné nevynechávejte. Pokud někde chcete doplnit ještě jinou možnost, napište ji do řádku (d) a také pak u ní zakroužkujte číslo.

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
01 Aby člověk byl zdrav				
a) musí se o to přičinit on sám svým způsobem života	0	1	2	3
b) musí mít dobrou lékařskou péči nebo péči blízkých osob	0	1	2	3
c) musí mít příznivé prostředí a dědičné vloh	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
02 Když je člověk nemocen a jeho stav se nelepší, mívá na tom vinu				
a) on sám tím, že se dostatečně neléčí	0	1	2	3
b) nepříznivé podmínky, které nikdo nemůže ovlivnit	0	1	2	3
c) nedbalá péče zdravotníků nebo nešetrné chování druhých lidí	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
---	----------	------	--------	---------

03 Aby se člověk co nejlépe a nejrychleji uzdravil				
a) má co nejvíc ponechat své léčení na lékaři a na jeho opatřeních	0	1	2	3
b) má se sám co nejvíc podílet na rozhodování o své léčbě	0	1	2	3
c) má se spolehnout hlavně na uzdravující síly přírody	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

04 Aby si člověk své zdraví uchoval				
a) potřebuje se řídit pokyny odborníků	0	1	2	3
b) potřebuje mít štěstí na příznivé životní okolnosti	0	1	2	3
c) potřebuje si své zdraví chránit sám	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

05 Když se člověk z nemoci neuzdravuje či nezotavuje, překáží mu v tom zpravidla				
a) okolnosti, které nemůže ovlivnit ani on, ani druzí	0	1	2	3
b) nedostatek jeho vlastní snahy se léčit	0	1	2	3
c) nedostatek správné péče ze strany lékařů nebo jiných osob	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

06 Aby člověk své uzdravování co nejvíce uspíšil				
a) má se hlavně spolehnout na to, že jeho organismus si to sám zařídí nejrychleji a nejlépe	0	1	2	3
b) má přesně dodržovat to, co mu určil lékař	0	1	2	3
c) má si aktivně vyhledávat navíc ještě další možnosti, jak uzdravování napomoci	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
07 Aby člověk předešel vzniku onemocnění				
a) má si sám určit zdravý způsob života	0	1	2	3
b) má se řídit radami z odborných zdrojů	0	1	2	3
c) může učinit jen velmi málo, protože to stejně záleží na okolnostech, které nikdo neovlivní	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
08 Když člověka trápí nemoc, pomůže mu vědomí, že				
a) to může překonat vlastními silami	0	1	2	3
b) i to zlé může nakonec být k něčemu dobré	0	1	2	3
c) se mu určitě dostane pomoci	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
09 Člověku obvykle nejvíce brání v uzdravení				
a) druzí lidé, kteří mu to nějak ztěžují	0	1	2	3
b) on sám svým nevhodným přístupem	0	1	2	3
c) různé nepříznivé okolnosti v jeho životě	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
10 Když člověk onemocní, bývá to proto, že				
a) k tomu přispěli druzí lidé svým nevhodným chováním k němu	0	1	2	3
b) to způsobily okolnosti nezávislé na lidské vůli	0	1	2	3
c) sám se svým zdravím špatně zacházel	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
---	-----------------	-------------	---------------	----------------

11 Člověku v jeho zápase s nemocí prospěje spoléhat se na				
a) léčivé schopnosti svého organismu	0	1	2	3
b) svůj vlastní rozum a vůli	0	1	2	3
c) odborné znalosti lékaře	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

12 Za úspěšný výsledek léčby mohou hlavně				
a) různé okolnosti, které nelze předvídat	0	1	2	3
b) ošetřující lékař se svými spolupracovníky	0	1	2	3
c) nemocní sami	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

13 Nemoci bývají obvykle způsobeny tím, že				
a) člověk sám zanedbal péči o své zdraví	0	1	2	3
b) lidé v jeho okolí nebrali dost ohledů na jeho zdraví	0	1	2	3
c) se výrazně zhoršily jiné okolnosti jeho života	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

14 Ke zhoršení stavu nemocného může přispět				
a) nevhodné jednání nebo opomenutí ze strany jeho okolí	0	1	2	3
b) on sám svým nevhodným chováním nebo zanedbáním léčby	0	1	2	3
c) nešťastná souhra událostí, které nikdo nemůže ovlivnit	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
---	-----------------	-------------	---------------	----------------

15 Jestliže se léčení nedaří, bývá to tím, že				
a) to není v lidské moci	0	1	2	3
b) člověku není věnována dostatečná péče	0	1	2	3
c) člověk se sám dost nesnaží	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Prosíme, sdělte nám nakonec ještě své postřehy:

1. Jak pro Vás bylo vyplňování dotazníku náročné? Prosím, zatrhněte, popřípadě dopište:

SNADNÉ

PONĚKUD NÁROČNÉ

ZNAČNĚ OBTÍŽNÉ

2. Co Vám přitom působilo obtíže?

Prosíme, vypište zde čísla těch položek, které Vám nebyly úplně jasné či srozumitelné:

Co byste ještě rád(a) sdělil(a)k tomuto dotazníku jeho autorům?

Děkujeme!

SOUČASNÉ POTÍŽE

Datum vyplnění:

Jméno (příjmení): Pohlaví: MUŽ / ŽENA Věk:

Dosažené vzdělání: základní škola – vyučení – střední škola

Odpovězte, 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.) Odpovídejte, prosím, samostatně na každý výrok i v případě, že vám budou připadat podobné. – Pokud byste pak chtěl/a zaškrtnutí ještě změnit, přeškrtejte je a proškrtněte křížkem to správné.

O-----O-----O-----O
Naprostο platí Spíše platí Spíše neplatí Naprostο 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

MOTIVACE K PSYCHOTERAPII

Datum vyplnění:

Jméno (přezdívk): Pohlaví: MUŽ / ŽENA Věk:

Dosažené vzdělání: základní škola – vyučení – střední škola

Odpovězte, prosím, nakolik pro vás **v současné době** platí uvedené výroky. 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.) Odpovídejte, prosím, samostatně na každý výrok i v případě, že vám budou připadat podobné. – 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. Nejsem si jistý/-á, že mi na klinice, kam docházím, mohou pomoci.....O-----O-----O-----O
2. Věřím, že psychoterapie má léčebné účinky..... O-----O-----O-----O
3. Jsem rozhodnutý/-á udělat ve svém životě změny, aby mi bylo lépe..... O-----O-----O-----O
4. Začít se léčit nebylo moje rozhodnutí (poradili mi to lékaři, rodiče,...)... O-----O-----O-----O
5. Víím, co od psychoterapie očekávat..... O-----O-----O-----O
6. Nedělám si velkou naději, že se mé potíže někdy zlepší..... O-----O-----O-----O
7. Mám dojem, že na této klinice vědí, jak pracovat s mými potížemi.....O-----O-----O-----O
8. Nejsem si jistý, zda chci pracovat na sobě a na svých obtížích..... O-----O-----O-----O
9. Pochybuji, že by mé potíže mohla zlepšit psychoterapie..... O-----O-----O-----O
10. Jsem si jistý/-á, že mohu žít bez nynějších obtíží..... O-----O-----O-----O
11. O psychoterapii toho víím jen málo..... O-----O-----O-----O
12. Usiloval jsem o možnost dostat se na léčení..... O-----O-----O-----O

Příloha č. IV – průvodní dopis

Vážení pacienti, vážení zákonní zástupci,

v rámci svého výzkumného projektu se chci zaměřit na souvislost míry motivace k léčbě u adolescentních neurotických pacientů, jejich osobní příčinnou orientací vůči zdraví a nemoci a vývoje jejich symptomatiky. Laicky řečeno se chci pokusit zjistit, **zda motivace a osobní příčinná orientace hrají roli ve vývoji zdravotního stavu během psychoterapeutické léčby.**

Respondenty budou adolescentní pacienti individuální a skupinové psychoterapie z celé ČR. Účast je na **dobrovolné bázi** a je zcela **anonymní**. Sběr dat bude probíhat **jednorázově** a po dohodě s psychoterapeutem, který byl předem obeznámen s podstatou mého výzkumu. **Žádná část odpovědí z dotazníků nebude nicméně s psychoterapeutem sdílena** a bude použita pouze pro účel mé diplomové práce. Výsledky výzkumu budou **prezentovány v diplomové práci**, která bude k nahlédnutí na internetu, a při zájmu je po ukončení výzkumu mohou sdílet i přímo se zúčastněným pacientem/pacientkou. Z výsledků uvedených v diplomové práci nebude nijak možné identifikovat odpovědi jednotlivých respondentů, budou sloužit pouze jako obecná zpětná vazba ohledně psychoterapie adolescentů.

Svým výzkumem doufám přispět ke znalostem okolností, které mohou zefektivnit léčbu dospívajících pacientů a přispět tak k rychlejšímu zlepšení jejich duševního rozpoložení. Věřím, že bych tímto způsobem mohla získat cennou zpětnou vazbu pro psychoterapeuty pracující s dospívajícími. Zároveň věřím, že vzhledem k pestrosti prostředí, ze kterého budou respondenti, budou data přínosná i pro další kliniky a odborníky, které léčí neurotické adolescentní pacienty.

Natálie Pastorková, 5. 10. 2020

pastorkovanat@gmail.com

Příloha č. V – informovaný souhlas

Příloha č. IV – informovaný souhlas pro zákonné zástupce

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

Název projektu: **Vztah osobní příčinné orientace, motivovanosti a zdravotních změn v psychoterapii u neurotických adolescentních pacientů.**

Hlavní řešitel: Bc. Natálie Pastorková, pastorkovanat@gmail.com

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 rozhodnout, 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, pohlavím a anonymní přezdívkou.

Účelem zpracování je vědecký výzkum v oblasti definované. Vaše osobní údaje budeme zpracovávat výhradně na základě obou těchto souhlasů.

Informace ohledně Vašich práv:

- Máte právo přístupu a ověřování svých osobních údajů, které má v držení řešitel, a právo na zajištění jejich vymazání nebo opravy, budou-li nepřesné. Pokud si přejete tato svá práva uplatnit, obraťte se písemně na řešitele výzkumu.
- 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 nevypravíte, 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 udělují 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 jím vyplněným dotazníkům;
- údaje z výzkumu včetně respondentových osobních údajů (konkrétně pouze věku a pohlaví) mohou být uchovány a později použity pro další výzkum v tomto oboru bádání.
- 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):

Příloha č. VI – hrubé skóry posuzovací stupnice potíží na začátku léčby

PŘEZDÍVKY	VĚK	POTÍŽE ZAČÁTEK																
		nálada	jídlo	spánek	nervozita	soustředění	sebehodnocení	úzkost	deprese	moc energie	málo energie	málo energie	málo energie	málo energie	málo energie			
Tereza	14	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3
Naty	14	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3
Eliška	14	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4
Shotaro	14	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	
Valerie	14	3	1	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	2	4	
Veronika	15	4	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	4	
Adéla	15	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	
Lucie	15	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	1	
Michal xd	15	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	3	
Barbora	16	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	4	
Juli	16	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	2	4	
Róza	16	3	2	1	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	1	1	4	
Klárka	16	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	4	
Terka 4.3.	16	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	4	
Alexa	16	4	1	1	4	4	4	2	2	1	1	4	4	4	4	1	4	
Nicky	17	3	1	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	2	2	3	
Lenka	17	2	1	1	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	
Baru	17	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	
Medúza	17	4	3	4	3	4	3	4	4	2	2	3	4	4	4	1	3	
Cindy	17	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	
Kon	17	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	2	2	1	4	
Kata	17	4	4	2	3	2	3	2	2	3	3	4	4	4	3	2	2	
EliteWar	18	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	
Charlie	18	4	1	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	2	3	
Nikol	18	3	1	1	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	1	3	
Karolína 4.3.	18	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	2	
Naty 8.3.	18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	
Anna O.	19	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	
Karolína	19	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	
Slunečnice	19	4	4	1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	3	

Příloha č. VII – hrubé skóry posuzovací stupnice potíží v současnosti

PŘEZDÍVKA	VĚK	POTÍŽE SOUČASNOST												
		náhlada	jídlo	spánek	nervozita	soustředění	sebehodnocení	úzkost	deprese	moc energie	málo energie			
Tereza	14	3	3	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	
Naty	14	3	4	1	4	2	4	4	4	3	3	2	3	
Eliška	14	3	2	3	3	3	4	4	2	3	3	2	3	
Shotaro	14	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	3	3	
Valerie	14	3	1	2	4	2	3	4	4	2	2	2	3	
Veronika	15	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	1	4	
Adéla	15	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	
Lucie	15	3	4	3	4	3	3	2	2	2	1	1	1	
Michal xd	15	4	1	1	2	1	3	3	1	3	3	1	3	
Barbora	16	4	4	2	2	2	4	4	3	3	3	2	3	
Juli	16	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	1	3	
Róza	16	3	2	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	
Klárka	16	3	1	3	3	2	2	4	4	2	2	1	3	
Terka 4.3.	16	2	4	2	4	4	3	4	4	2	2	1	3	
Alexa	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	
Nicky	17	4	3	4	3	4	2	2	3	3	3	1	3	
Lenka	17	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	3	1	
Baru	17	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	4	
Medúza	17	3	2	2	4	4	2	3	3	4	4	1	3	
Cindy	17	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	
Kon	17	2	3	2	3	3	2	2	2	1	1	2	3	
Kata	17	3	4	1	3	2	3	3	3	3	3	2	3	
EliteWar	18	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	4	2	
Charlie	18	3	1	3	3	3	3	4	4	3	3	1	3	
Nikol	18	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	
Karolína 4.3.	18	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	4	2	
Naty 8.3.	18	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	
Anna O.	19	4	1	1	3	2	4	4	3	3	3	1	2	
Karolína	19	3	1	2	3	3	4	4	2	3	1	1	3	
Slunečnice	19	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	1	3	

Příloha č. VIII – hrubé skóry posuzovací stupnice motivace na začátku

PŘEZDÍVKY	VĚK	MOTIVACE NA ZAČÁTKU											
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Tereza	14	3	2	3	2	3	3	2	3	4	3	3	2
Naty	14	1	4	3	1	2	4	3	3	1	2	3	4
Eiška	14	4	2	1	4	2	4	3	3	3	2	3	1
Shotaro	14	1	4	3	2	2	2	4	1	1	2	3	2
Valerie	14	3	3	3	4	2	3	3	3	2	2	3	1
Veronika	15	4	3	3	3	1	4	2	4	4	3	4	3
Adéla	15	2	3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	1
Lucie	15	4	3	2	4	1	1	2	3	2	2	1	3
Michal xd	15	3	4	2	1	2	4	3	3	4	1	4	4
Barbora	16	2	3	2	4	2	4	4	4	2	2	4	1
Juli	16	4	3	2	4	2	2	4	1	3	1	3	3
Róza	16	1	4	4	2	4	4	4	1	1	3	1	2
Klárka	16	1	4	4	4	4	4	4	1	1	3	1	3
Terka 4.3.	16	4	3	2	4	1	4	2	4	4	2	3	1
Alexa	16	2	2	4	1	1	3	4	3	2	2	4	1
Nicky	17	2	4	3	1	3	3	3	3	1	2	1	3
Lenka	17	1	4	3	2	3	2	4	1	2	3	2	3
Baru	17	3	4	4	2	3	3	2	1	2	3	2	3
Meduza	17	1	4	3	1	3	4	4	2	2	1	1	4
Cindy	17	2	3	3	1	2	2	3	2	2	2	3	3
Kon	17	3	4	3	4	2	4	4	3	4	2	2	3
Kata	17	3	3	3	4	2	3	3	1	2	2	3	1
EliteWar	18	3	3	2	4	2	3	2	3	3	1	4	2
Charlie	18	1	4	4	4	3	1	4	1	2	4	2	2
Nikol	18	2	3	4	4	4	3	3	2	2	3	2	2
Karolína 4.3.	18	2	3	3	4	3	1	3	3	2	3	2	3
Naty 8.3.	18	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
Anna O.	19	4	2	3	2	3	3	3	2	2	1	1	3
Karolína	19	3	4	3	2	1	3	2	4	2	2	4	2
Slunečnice	19	2	3	4	4	1	3	3	1	1	2	4	1

Příloha č. IX – hrubé skóry posuzovací stupnice motivace v současnosti

PŘEZDÍVKY	VĚK	MOTIVACE SOUČASNOST											
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Tereza	14	1	4	4	2	4	1	4	1	4	4	2	3
Naty	14	1	4	3	1	2	3	3	2	2	2	2	4
Eiška	14	1	4	4	4	3	2	4	1	3	3	2	2
Shotaro	14	1	4	4	1	3	1	4	1	3	3	2	1
Valerie	14	2	3	3	4	3	2	3	2	2	3	3	1
Veronika	15	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3
Adéla	15	3	3	4	1	3	2	3	3	1	4	2	1
Lucie	15	2	2	4	2	2	1	4	1	1	1	1	3
Michal xd	15	2	3	4	1	4	2	4	1	2	3	1	4
Barbora	16	2	3	2	4	4	3	4	4	1	2	2	2
Juli	16	2	3	3	4	3	2	4	1	3	2	2	3
Róza	16	1	4	4	2	4	1	4	1	4	4	1	2
Klárka	16	1	4	4	1	4	1	4	1	4	3	1	4
Terka 4.3.	16	1	4	3	4	4	3	3	2	2	2	2	1
Alexa	16	1	4	3	4	4	1	4	1	1	1	1	1
Nicky	17	1	4	3	1	4	2	4	2	1	3	1	4
Lenka	17	3	3	3	2	3	1	3	1	2	3	2	3
Baru	17	4	4	4	3	3	2	1	1	2	4	2	2
Meduza	17	1	4	2	1	4	3	4	3	1	2	1	4
Cindy	17	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2	3	3
Kon	17	2	4	3	4	4	3	3	4	2	4	1	4
Kata	17	1	3	3	2	3	3	4	2	1	2	2	2
EliteWar	18	1	4	3	4	4	2	3	1	1	3	2	1
Charlie	18	2	4	3	4	2	2	3	2	2	4	1	1
Nikol	18	2	4	4	4	4	3	2	1	2	2	1	2
Karolína 4.3.	18	2	3	3	4	3	1	4	2	1	4	1	3
Naty 8.3.	18	1	4	4	2	4	2	4	1	2	3	2	4
Anna O.	19	1	4	4	2	4	2	4	1	1	3	1	4
Karolína	19	2	4	4	3	3	1	4	2	1	3	2	3
Slunečnice	19	3	4	4	4	4	1	2	2	4	1	1	1

Příloha č. X – hrubé skóry DOPO-Z na začátku

PŘEZÍVKA	VĚK	ZAČÁTEK																	
		1a	1b	1c	2a	2b	2c	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6a		
Tereza	14	3	2	1	3	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	3	1	1	2
Naty	14	1	2	2	1	3	2	0	1	0	1	1	3	2	3	2	3	1	2
Eliška	14	1	0	2	2	1	3	1	0	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
Shotaro	14	2	3	3	2	1	3	2	2	2	1	3	3	2	3	2	2	3	1
Valerie	14	2	3	3	1	2	1	2	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	2
Veronika	15	2	3	3	3	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1
Adéla	15	2	2	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1
Lucie	15	1	2	2	0	0	2	2	3	3	0	0	2	2	2	1	2	2	0
Michal xdi	15	1	3	3	1	2	2	2	2	3	3	2	2	1	3	1	3	2	2
Barbora	16	2	3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	2	1	2	1	1
Julí	16	2	3	3	2	0	2	1	3	2	0	1	2	2	3	2	3	2	1
Róza	16	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1
Klárka	16	3	2	2	3	1	3	2	1	2	0	2	2	3	3	3	3	2	0
Terka 4.3.	16	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	3	2	2	1
Alexa	16	2	3	3	2	1	1	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	0	1
Nicky	17	2	0	2	2	1	2	0	3	0	0	3	2	2	2	3	2	1	0
Lenka	17	2	2	2	3	1	2	0	2	2	1	1	0	2	2	2	2	1	0
Baru	17	3	2	2	1	2	3	2	1	3	1	3	1	2	3	3	3	2	3
Meduza	17	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Cindy	17	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
Kon	17	3	2	2	1	2	2	1	2	1	0	3	3	2	2	2	2	1	0
Kata	17	2	1	3	0	3	3	0	1	1	3	1	2	2	2	3	0	0	3
EiteWar	18	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	1	1
Charlie	18	3	2	2	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	3	3	2	2	1
Nikol	18	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1
Karolína 4.3.	18	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	0	1
Naty 8.3.	18	1	2	2	1	3	3	2	3	2	2	2	0	2	3	3	2	2	2
Anna O.	19	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	0	3	3	3	3	1	1
Karolína	19	2	2	2	1	2	3	3	3	3	0	3	2	2	3	3	2	1	2
Slunečnice	19	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	2	2	2

12b	12c	13a	13b	13c	14a	14b	14c	15a	15b	15c	vnitřní	vnější	neosobní	
2	3	1	2	2	2	2	3	2	2	1	1	33	30	32
3	1	3	0	2	2	2	2	1	2	1	3	32	24	26
1	2	1	2	3	2	1	3	1	1	1	18	17	30	30
3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	31	39	35	35
3	2	3	1	2	1	3	3	1	2	3	37	31	22	22
3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	27	35	32	32
2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	24	27	23	23
2	0	2	1	2	2	3	3	2	2	2	21	29	18	18
2	1	0	2	2	3	3	0	3	2	2	18	31	29	29
1	3	2	1	3	3	3	3	1	0	3	28	25	15	15
2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	1	32	32	24	24
2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	32	29	27	27
2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	32	29	27	27
3	3	1	1	2	2	2	2	0	3	3	32	35	31	31
3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	34	31	27	27
2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	18	27	25	25
2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	29	31	25	25
2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	21	24	27	27
3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	41	33	32	32
2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	3	25	32	29	29
2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	23	21	25	25
3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	29	30	18	18
1	3	2	2	1	3	3	2	1	1	0	15	15	38	38
2	1	1	0	3	1	1	3	3	0	2	29	31	32	32
3	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	34	28	18	18
2	1	1	1	2	2	3	2	0	1	1	33	31	25	25
2	2	1	1	2	2	3	3	2	2	0	25	25	29	29
3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	1	35	33	32	32
2	1	2	2	3	3	3	2	2	2	1	22	36	25	25
3	2	2	2	1	3	3	3	1	2	2	28	35	18	18
3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	37	33	28	28

Příloha č. XI – hrubé skóry DOPO-Z v současnosti

PŘEZDÍVKY	VĚK	SOUČASNOST																				
		1a	1b	1c	2a	2b	2c	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6a					
Tereza	14	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	1	2
Naty	14	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	1	1	2	3	1	3	3	2	3	2	1
Eliška	14	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	0	3	1	3	1	1	1
Shotaro	14	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2
Valerie	14	3	3	2	1	2	1	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	3	1	2	1	3
Veronika	15	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	0	3	3	2	2	2	2	1
Adéla	15	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	1	1	1	2	2	1
Lucie	15	2	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	2	0	0	3	3	3	3	2	3	0
Michal xd	15	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	0	3	3	2	1	2	2	0
Barbora	16	3	3	3	2	1	1	3	1	3	1	1	2	2	1	1	1	3	3	2	1	1
Juli	16	2	2	3	2	0	2	2	0	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1
Róza	16	3	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	1
Klárka	16	3	3	3	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	3	3	3	3	1	1	1
Terka 4.3.	16	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	3	2	2	1
Alexa	16	3	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	3	3	0	3	2	2	3	3	0
Nicky	17	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1
Lenka	17	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1
Baru	17	3	3	3	2	3	2	2	3	2	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2
Medúza	17	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1
Cindy	17	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	0	2	2	2	2	1	1	1
Kon	17	3	3	3	2	1	2	0	1	3	1	1	3	3	1	1	3	3	2	1	2	1
Kata	17	0	1	1	2	0	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	1	3
EliteWar	18	3	3	1	2	3	2	2	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	3	2	0
Charlie	18	2	2	3	0	3	1	2	3	1	2	3	3	3	1	3	3	2	2	2	3	0
Nikol	18	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1
Karolína 4.3.	18	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	3	3	3	1	0	1
Naty 8.3.	18	3	3	3	2	1	3	3	1	3	2	2	3	3	0	3	3	3	3	2	2	1
Anna O.	19	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	3	2	3	2	2
Karolína	19	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3	3	3	0	1	3	2	2	1	2	0
Slunečnice	19	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2

HRUBÉ SKÓRY																	
12b	12c	13a	13b	13c	14a	14b	14c	15a	15b	15c	vnitřní	vnější	neosobní				
2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	1	34	36				
1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	3	34	26	24				
2	3	1	1	1	2	2	2	1	1	3	35	25	21				
3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	34	43	37				
3	1	2	2	1	1	2	1	3	2	3	33	30	20				
3	2	3	3	2	2	2	3	1	3	2	35	33	31				
2	2	3	3	1	2	2	3	1	2	2	32	31	23				
2	1	3	3	2	1	2	3	1	2	0	24	32	20				
3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	25	35	20				
3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	26	30	28				
2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	32	32	24				
2	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	35	27	33				
3	2	1	1	2	3	3	1	2	0	2	29	37	26				
3	2	3	3	1	2	3	2	2	3	1	34	31	27				
2	3	2	2	1	1	2	3	2	2	1	32	32	24				
3	2	1	1	2	2	3	2	1	1	2	26	29	21				
3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	23	29	30				
2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	44	37	30				
3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	44	36	34				
2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	24	21	25				
3	2	3	3	1	2	2	3	2	2	2	27	32	16				
1	3	0	0	0	3	0	3	1	0	0	11	13	37				
2	3	2	2	3	3	2	2	3	1	1	39	27	29				
3	2	3	3	2	2	3	1	1	2	3	37	37	12				
2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	42	39	28				
2	2	1	0	0	2	2	3	2	0	1	25	25	29				
3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	31	40	29				
3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	37	32	24				
3	2	2	2	1	2	3	3	1	1	0	28	35	18				
3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	37	33	28				

Příloha č. XIII – výsledky korelací potíží v současnosti

	POTÍŽE SOUČASNOST nářada	POTÍŽE SOUČASNOST jídlu	POTÍŽE SOUČASNOST spánek	POTÍŽE SOUČASNOST nervozita	POTÍŽE SOUČASNOST soustředění	POTÍŽE SOUČASNOST sebehodnocení	POTÍŽE SOUČASNOST úzkost	POTÍŽE SOUČASNOST deprese	POTÍŽE SOUČASNOST moc energie	POTÍŽE SOUČASNOST málo energie
POTÍŽE SOUČASNOST - nářada	korelační p-hodnota	0,187	,429*	0,304	0,222	,454*	0,321	,636**	-0,256	,387*
POTÍŽE SOUČASNOST - jídlu	korelační p-hodnota	0,323	0,018	0,103	0,239	0,012	0,083	0,000	0,171	0,035
POTÍŽE SOUČASNOST - spánek	korelační p-hodnota	0,112	0,557	0,345	0,317	0,234	0,249	0,246	0,081	0,057
POTÍŽE SOUČASNOST - nervozita	korelační p-hodnota	0,062	0,062	0,392*	0,088	0,214	0,185	0,190	0,672	0,763
POTÍŽE SOUČASNOST - soustředění	korelační p-hodnota	0,032	0,001	0,562**	0,001	0,180	0,309	0,299	-0,266	,469**
POTÍŽE SOUČASNOST - sebehodnocení	korelační p-hodnota	0,001	0,566**	0,342	0,339	0,342	0,096	0,108	0,155	0,009
POTÍŽE SOUČASNOST - úzkost	korelační p-hodnota	0,001	0,067	0,339	0,583**	0,067	,583**	0,322	-0,191	0,335
POTÍŽE SOUČASNOST - deprese	korelační p-hodnota	0,151	0,067	0,151	0,001	0,151	0,001	0,083	0,312	0,070
POTÍŽE SOUČASNOST - moc energie	korelační p-hodnota	0,426	0,247	0,188	0,273	0,247	0,247	0,273	-0,058	0,348
POTÍŽE SOUČASNOST - málo energie	korelační p-hodnota	0,145	0,188	0,145	0,145	0,145	0,145	0,145	0,760	0,060
			,392*	,504**	,392*	,392*	,504**	,504**	-0,078	,382*
			0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,684	0,037
			,487**	,487**	,487**	,487**	,487**	,487**	-0,265	,417*
			0,157	0,157	0,157	0,157	0,157	0,157	0,157	0,022
			0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	-0,231	,451*
			0,219	0,219	0,219	0,219	0,219	0,219	0,219	0,012
										-0,353
										0,056

Příloha č. XIV – výsledky korelací motivace na začátku

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 1.	korelační koeficient												
	p-hodnota		0,002	0,001	0,090	0,009	0,019	0,001	0,024	0,000	0,051	0,159	0,628
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 2.	korelační koeficient			0,246	-0,200	0,292	-0,201	0,308	-0,249	-0,395	0,148	-0,295	,420
	p-hodnota			0,190	0,290	0,118	0,286	0,098	0,184	0,031	0,435	0,114	0,021
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 3.	korelační koeficient				-0,150	,406	-0,338	0,249	-0,512	-0,536	,573	-0,283	-0,039
	p-hodnota				0,429	0,026	0,068	0,184	0,004	0,002	0,001	0,130	0,837
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 4.	korelační koeficient						-0,026	0,023	-0,038	0,186	0,109	0,048	-0,382
	p-hodnota					0,720	0,890	0,904	0,840	0,325	0,566	0,800	0,037
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 5.	korelační koeficient						-0,412	0,346	-0,498	-0,294	,383	-0,684	0,297
	p-hodnota						0,024	0,061	0,005	0,115	0,037	0,000	0,111
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 6.	korelační koeficient							-0,316	,601	,445	-0,256	,527	-0,166
	p-hodnota							0,089	0,000	0,014	0,173	0,003	0,381
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 7.	korelační koeficient								-0,481	-0,331	-0,047	-0,213	0,100
	p-hodnota							0,007	0,074	0,074	0,803	0,258	0,600
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 8.	korelační koeficient								,440	-0,160	-0,160	,393	-0,129
	p-hodnota							0,015	0,399	0,399	0,032	0,496	0,496
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 9.	korelační koeficient								-0,187	0,357	0,026	0,026	0,026
	p-hodnota							0,322	0,053	0,053	0,892	0,892	0,892
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 10.	korelační koeficient												-0,159
	p-hodnota										0,134	0,401	0,401
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 11.	korelační koeficient												-0,357
	p-hodnota												0,053
MOTIVACE NA ZAČÁTKU 12.	korelační koeficient												
	p-hodnota												

Příloha č. XVI – výsledky korelací potíží, motivace a DOPO-Z na začátku léčby

		vnitřní - NA ZAČÁTKU	vnější - NA ZAČÁTKU	neosobní - NA ZAČÁTKU
POTÍŽE ZAČÁTEK - nálada	korelační koeficient	-0,141	0,243	0,307
	p-hodnota	0,457	0,195	0,099
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - jídlo	korelační koeficient	-0,047	-0,091	0,201
	p-hodnota	0,806	0,634	0,286
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - spánek	korelační koeficient	0,046	0,145	-0,147
	p-hodnota	0,809	0,443	0,438
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - nervozita	korelační koeficient	0,154	0,160	-0,023
	p-hodnota	0,416	0,399	0,904
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – soustře- dění	korelační koeficient	-0,062	,382*	0,167
	p-hodnota	0,746	0,037	0,379
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – sebehod- nocení	korelační koeficient	0,079	0,039	-0,022
	p-hodnota	0,679	0,837	0,906
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - úzkost	korelační koeficient	0,226	0,109	0,108
	p-hodnota	0,230	0,565	0,572
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - deprese	korelační koeficient	-0,008	0,274	0,110
	p-hodnota	0,968	0,142	0,561
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - moc ener- gie	korelační koeficient	-0,227	-,452*	-0,079
	p-hodnota	0,228	0,012	0,677
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - málo ener- gie	korelační koeficient	0,248	0,276	-0,061
	p-hodnota	0,187	0,140	0,751
	N	30	30	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - průměr	korelační koeficient	0,086	0,261	0,150
	p-hodnota	0,650	0,164	0,430
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 1.	korelační koeficient	-0,113	0,176	0,015

	p-hodnota	0,553	0,352	0,938
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 2.	korelační koeficient	0,143	0,139	-0,084
	p-hodnota	0,452	0,465	0,659
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 3.	korelační koeficient	,380*	0,181	0,054
	p-hodnota	0,038	0,339	0,778
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 4.	korelační koeficient	0,251	-0,012	-0,072
	p-hodnota	0,180	0,952	0,705
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 5.	korelační koeficient	0,181	-0,017	0,141
	p-hodnota	0,339	0,930	0,456
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 6.	korelační koeficient	-0,026	-0,005	0,039
	p-hodnota	0,892	0,977	0,838
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 7.	korelační koeficient	-0,060	-0,110	-0,174
	p-hodnota	0,752	0,563	0,359
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 8.	korelační koeficient	-0,207	-0,112	-0,284
	p-hodnota	0,273	0,556	0,129
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 9.	korelační koeficient	-0,119	-0,017	0,095
	p-hodnota	0,531	0,927	0,617
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 10.	korelační koeficient	0,272	-0,186	0,048
	p-hodnota	0,145	0,324	0,800
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 11.	korelační koeficient	-0,030	-0,002	0,132
	p-hodnota	0,876	0,990	0,486
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 12.	korelační koeficient	-0,091	0,215	0,101
	p-hodnota	0,633	0,255	0,594
	N	30	30	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU – průměr	korelační koeficient	0,228	0,081	-0,009
	p-hodnota	0,225	0,670	0,963
	N	30	30	30

Příloha č. XVII – výsledky korelací potíží, motivace a DOPO-Z
v současnosti

		vnitřní - SOUČASNOST	vnější - SOUČASNOST	neosobní - SOUČASNOST	
POTÍŽE SOUČASNOST – nálada	korelační koeficient	0,008	0,149	0,001	
	p-hodnota	0,968	0,430	0,997	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – jídlo	korelační koeficient	-0,226	-0,325	0,187	
	p-hodnota	0,230	0,079	0,323	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – spánek	korelační koeficient	0,008	0,167	-0,161	
	p-hodnota	0,965	0,377	0,396	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – nervozita	korelační koeficient	0,262	0,023	-0,023	
	p-hodnota	0,162	0,904	0,903	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – soustředění	korelační koeficient	0,112	0,067	0,113	
	p-hodnota	0,556	0,726	0,554	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST - sebehodnocení	korelační koeficient	0,067	-0,168	-0,295	
	p-hodnota	0,724	0,376	0,114	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – úzkost	korelační koeficient	0,334	-0,048	0,008	
	p-hodnota	0,071	0,800	0,968	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – deprese	korelační koeficient	0,277	0,091	0,109	
	p-hodnota	0,138	0,632	0,566	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST - moc energie	korelační koeficient	-0,260	-,402*	0,340	
	p-hodnota	0,165	0,028	0,066	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST - málo energie	korelační koeficient	0,245	0,230	-0,058	
	p-hodnota	0,193	0,221	0,760	
	N	30	30	30	
POTÍŽE SOUČASNOST – průměr	korelační koeficient	0,183	-0,055	0,089	
	p-hodnota	0,332	0,771	0,640	
	N	30	30	30	
		korelační koeficient	-0,144	0,050	-0,228

MOTIVACE SOUČASNOST - 1.	p-hodnota	0,449	0,794	0,226
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 2.	korelační koeficient	,595**	,367*	0,061
	p-hodnota	0,001	0,046	0,748
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 3.	korelační koeficient	0,140	,420*	-0,035
	p-hodnota	0,459	0,021	0,854
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 4.	korelační koeficient	0,146	-0,206	-0,202
	p-hodnota	0,440	0,275	0,284
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 5.	korelační koeficient	0,122	0,175	0,155
	p-hodnota	0,519	0,354	0,414
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 6.	korelační koeficient	0,142	-0,172	-0,025
	p-hodnota	0,454	0,364	0,896
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 7.	korelační koeficient	-,387*	-0,027	0,053
	p-hodnota	0,035	0,886	0,782
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 8.	korelační koeficient	-0,109	-0,344	-0,224
	p-hodnota	0,566	0,063	0,234
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 9.	korelační koeficient	0,109	0,179	-0,177
	p-hodnota	0,567	0,344	0,350
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 10.	korelační koeficient	0,187	0,144	0,022
	p-hodnota	0,322	0,449	0,907
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 11.	korelační koeficient	-0,083	-0,241	0,209
	p-hodnota	0,661	0,200	0,267
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 12.	korelační koeficient	-0,319	0,080	-0,098
	p-hodnota	0,086	0,674	0,606
	N	30	30	30
MOTIVACE SOUČASNOST – průměr	korelační koeficient	0,044	0,075	-0,170
	p-hodnota	0,817	0,695	0,369
	N	30	30	30

Příloha č. XVIII – výsledky korelací průměrných potíží a výroků motivace na začátku léčby a v současnosti

		POTÍŽE ZAČÁTEK - průměr
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 1.	korelační koeficient	,388*
	p-hodnota	0,034
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 2.	korelační koeficient	-0,244
	p-hodnota	0,195
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 3.	korelační koeficient	-0,340
	p-hodnota	0,066
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 4.	korelační koeficient	0,073
	p-hodnota	0,701
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 5.	korelační koeficient	-0,198
	p-hodnota	0,295
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 6.	korelační koeficient	0,319
	p-hodnota	0,085
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 7.	korelační koeficient	-0,284
	p-hodnota	0,128
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 8.	korelační koeficient	0,209
	p-hodnota	0,268
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 9.	korelační koeficient	0,359
	p-hodnota	0,052
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 10.	korelační koeficient	-0,233
	p-hodnota	0,216
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 11.	korelační koeficient	0,302
	p-hodnota	0,105
	N	30
MOTIVACE NA ZAČÁTKU - 12.	korelační koeficient	0,007
	p-hodnota	0,969
	N	30

		POTÍŽE SOUČASNOST - průměr
MOTIVACE SOUČASNOST - 1.	korelační koeficient	0,071
	p-hodnota	0,707
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 2.	korelační koeficient	0,048
	p-hodnota	0,799
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 3.	korelační koeficient	-0,176
	p-hodnota	0,351
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 4.	korelační koeficient	-0,048
	p-hodnota	0,802
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 5.	korelační koeficient	-0,276
	p-hodnota	0,139
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 6.	korelační koeficient	,382*
	p-hodnota	0,037
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 7.	korelační koeficient	-0,262
	p-hodnota	0,161
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 8.	korelační koeficient	0,332
	p-hodnota	0,073
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 9.	korelační koeficient	0,150
	p-hodnota	0,429
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 10.	korelační koeficient	-0,108
	p-hodnota	0,569
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 11.	korelační koeficient	,390*
	p-hodnota	0,033
	N	30
MOTIVACE SOUČASNOST - 12.	korelační koeficient	-0,116
	p-hodnota	0,542
	N	30

Příloha č. XIX – výsledky korelací průměrné motivace a jednotlivých potíží na začátku léčby a v současnosti

		MOTIVACE NA ZAČÁTKU - průměr
POTÍŽE ZAČÁTEK – nálada	korelační koeficient	-0,104
	p-hodnota	0,583
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – jídlo	korelační koeficient	0,057
	p-hodnota	0,764
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – spánek	korelační koeficient	0,215
	p-hodnota	0,254
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – nervozita	korelační koeficient	-0,059
	p-hodnota	0,756
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – soustředění	korelační koeficient	0,050
	p-hodnota	0,794
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – sebehodnocení	korelační koeficient	0,109
	p-hodnota	0,567
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – úzkost	korelační koeficient	0,213
	p-hodnota	0,258
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK – deprese	korelační koeficient	0,163
	p-hodnota	0,391
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - moc energie	korelační koeficient	-0,259
	p-hodnota	0,166
	N	30
POTÍŽE ZAČÁTEK - málo energie	korelační koeficient	,445*
	p-hodnota	0,014
	N	30

		MOTIVACE SOUČASNOST - průměr
POTÍŽE SOU- ČASNOST - nálada	korelační koeficient	0,212
	p-hodnota	0,262
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - jídlo	korelační koeficient	0,101
	p-hodnota	0,594
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - spánek	korelační koeficient	0,232
	p-hodnota	0,217
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - nervozita	korelační koeficient	-0,043
	p-hodnota	0,821
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - soustředění	korelační koeficient	0,133
	p-hodnota	0,484
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - sebehodno- cení	korelační koeficient	,483**
	p-hodnota	0,007
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - úzkost	korelační koeficient	0,133
	p-hodnota	0,482
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - deprese	korelační koeficient	0,218
	p-hodnota	0,248
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - moc energie	korelační koeficient	-0,195
	p-hodnota	0,302
	N	30
POTÍŽE SOU- ČASNOST - málo energie	korelační koeficient	,488**
	p-hodnota	0,006
	N	30

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Natálie Pastorková

Studijní program: magisterský, prezenční denní

Studijní obor: psychologie

Název práce: Vztah osobní příčinné orientace, motivovanosti a zdravotních změn v psychoterapii u adolescentních pacientek

Počet normostran (bez příloh): 76

Celkový počet stran příloh: 29

Počet titulů české literatury a pramenů: 23

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 18

Počet internetových odkazů: 0

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

Rok dokončení práce: 2021

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

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Natálie Pastorková**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Vztah osobní příčinné orientace, motivovanosti a zdravotních změn
v psychoterapii u adolescentních pacientek**

Vedoucí / oponent práce: **doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

Technické parametry práce:

Počet normostran vlastního textu (bez příloh): **76**

Počet stran příloh: **29**

Počet titulů v seznamu literatury: **41**

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost 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

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

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) Pokuste se na základě svých **praktických zkušeností** shrnout, které vlivy u dospívajících pacientek nejspíš mohly vstupovat jako **nekontrolované proměnné** do vztahů motivace a příčinné orientace mezi retrospektivně vybaveným očekáváním na **počátku** léčby a jejich introspektivně hodnoceným stavem v **době provádění** výzkumu.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka předkládá důkladně provedenou psychometrickou studii s cílem zjistit, zda v testovaných proměnných, tj. motivovanosti k psychoterapii, osobní příčinné orientaci a výskytu neurotických příznaků zpozorovaly zkoumané osoby u sebe v dosavadním průběhu léčby patrné změny. To se podařilo jen zčásti, většina hypoteticky očekávaných vztahů a stavů nevykázala v reportování pacientek v tomto ohledu statisticky průkaznou změnu. I tak aspoň některé změřené vztahy vykazují psychologicky interpretovatelné posuny. V této situaci autorka vzorně uplatnila svou psychometrickou důkladnost a interpretační opatrnost při hodnocení výzkumu a prokázala svou teoretickou orientovanost i výzkumnou invenci.

Jako vedoucí této práce podotýkám, že navzdory situaci výrazného omezení možnosti osobních kontaktů koronavirovou epidemií autorka dokázala iniciativně a pohotově i na dálku se mnou komunikovat o probíhajícím šetření a získávaných výsledcích a podává svou diplomní práci v podobě kvalitní odborné studie, která nenese známky narušení vlivem v oné době působících stresů a omezení.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji** / ~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: **11. srpna 2021**



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Natálie Pastorková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vztah osobní příčinné orientace, motivovanosti a zdravotních změn
v psychoterapii u adolescentních pacientek

Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet normostran: 76

Celkový počet stran příloh: 29

Počet titulů literatury a pramenů: 41

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

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

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

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			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Jaká vidí slabá místa resp. kritické hledisko k psychotherapeutickým postupům u sledovaných adolescentů?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci. Autorka ve své práci zkoumá: Zda existují souvislosti mezi motivací k psychoterapii, osobnostními sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci a výsledky léčby.

Téma práce je plně v souladu se studovaným oborem.

Autorka rozčlenila diplomovou práci standardně na teoretickou a empirickou část. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. V první kapitole popisuje, specifika psychoterapie u adolescentů, ve druhé, neurotické poruchy u adolescentů, ve třetí, koncept osobní příčinné orientace dle Deciho a Ryana a ve čtvrté kapitole motivaci adolescentů k psychoterapii. V empirické části práce formuluje výzkumnou otázku: Zda existují souvislosti mezi motivací k psychoterapii, osobnostními sklony osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci a výsledky léčby. Prostřednictvím kvantitativní výzkumné metodologie formuluje hypotézy, využívá jednak standardizovaný dotazník DOPO-Z dotazník osobní příčinné vůči zdraví a nemoci, a konstruuje vlastní čtyřbodové posuzovací stupnice motivace a symptomů na základě myšlenkových map u 30 sledovaných dětí.

Připomínky obsahové:

Ocenit musíme zejména volbu tématu. Zkoumání efektivity psychoterapie u adolescentů patří mezi nejnáročnější výzkumné úkoly. Oproti zahraničí se v ČR tato výzkumná oblast dosud těší jen malému badatelskému zájmu.

Zajímavá mi přijde zjištěná otázka týkající se přebytku energie u adolescentů, která by mohla být více interpretačně vytěžena směrem k formulování návrhu na doplnění psychotherapeutických postupů. Zdá se mi, že autorka je velmi interpretačně opatrná. Chybí mi větší interpretační odvaha autorky a kritické hledisko k užívaným psychotherapeutickým postupům u adolescentů. Tato otázka, ale přesahuje nároky kladené na diplomové práce a doporučuji autorce se jí věnovat v dalším např. rigorózním, anebo doktorském stupni studia. Podrobněji viz otázka k obhajobě.

Formální:

Formální nedostatky jsou minimální, pouze zanedbatelné formulační nejasnosti.

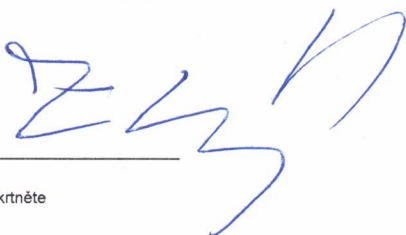
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V teoretické části práce prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a dalšího systematického shromažďování informací o tématu specifík psychoterapie u adolescentů. V empirické části práce autorka prokazuje schopnost navzdory pandemii sebrat bohatá data, použít kvantitativní výzkumnou metodologii, formulovat hypotézy, použít dotazník a srozumitelně interpretovat výsledky.

Navrhovaná klasifikace: **v ý b o r n ě**

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Datum, podpis:



*

nehodící se, škrtněte