

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

KATEDRA PSYCHOLOGIE

Diplomová práce

Bc. Kristýna Matoušová

Aspekty komunitní psychoterapie dospívajících v rámci denního stacionáře

Aspects of community psychotherapy of youth in day care centre

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Iva Štětovská, Ph.D

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 9. prosince 2020

Bc. Kristýna Matoušová

Poděkování

V první řadě bych velmi ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, paní doktorce PhDr. Ivě Štětovské, PhD., za odborné vedení, trpělivé konzultace, cenné rady a motivující připomínky. Dále panu magistrovi Mgr. Michalovi Voldřichovi za inspiraci a konzultace výzkumné části. Psychoterapeutickému týmu DSA podporu, čas a prostor. Velké díky patří všem dospívajícím, kteří mi aktivně a s ochotou věnovali svůj čas v rámci rozhovorů, ať už během ohniskové skupiny či těch individuálních. V neposlední řadě bych ráda také poděkovala svým rodičům za zajištění potřebného zázemí, trpělivou podporu, důvěru a lásku.

Klíčová slova (česky)

Komunita, psychoterapie, dospívající, denní stacionář, proces změny, stadia změny

Klíčová slova (anglicky):

Community, psychotherapy, youth, adolescent, day care centre, process of change, stage of change

Abstrakt

Předkládaná práce zkoumá dospívající v prostředí komunitní psychoterapeutické praxe, kteří docházejí na denní stacionář. Cílem práce je porozumět jednotlivým psychologickým aspektům podílejících se na změně chování, prožívání a myšlení z pohledu adolescentů využívajících služeb denního stacionáře založeného na principech komunitní psychoterapie a popsat je. Výzkumná otázka, na kterou se budeme snažit odpovědět, zní: Jak dospívající klienti Denního stacionáře pro adolescenty ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze prožívají a chápou proces změny? A jaké aspekty léčby považují za podílející se na změně anebo naopak bránící procesu změny?

V teoretické části se snažíme shromáždit psychologické poznatky z oblasti psychoterapie dospívajících v komunitním prostředí. Bližší pozornost je věnována možnostem psychoterapeutické práce s adolescenty, dále aspektům podporujícím změnu v procesu psychoterapie. V závěru je pozornost věnována období dospívání, které je samo o sobě spojeno s řadou změn na biopsychosociální úrovni.

Osm dospívajících s rozmanitými psychiatrickými diagnózami sdílelo své zkušenosti s psychoterapií, arteterapií, ergoterapií a stacionárním režimem, v průběhu ohniskové skupiny a polostrukturovaných individuálních rozhovorů. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie a metodologie kódování (otevřené, axiální a centrální). Výsledkem analýzy byly tři témata představující změny na úrovni komunikace, afektivity a chování. Aspekty komunitní psychoterapie, které dospívající označovali, jako podílející na těchto třech oblastech, byly uspořádány do kategorií a poté do výsledného modelu. Každá tematická kategorie a téma jsou podrobně popsány, včetně doslovných citací z jednotlivých rozhovorů s adolescenty. Zjištěné poznatky jsou propojeny s vědeckou literaturou a důsledky výzkumu pro další výzkum a praxi jsou diskutovány na konci práce.

Abstract

The presented work examines adolescents who come to day care centre at hospital in the context of community psychotherapy. The aim of the work is to understand the individual psychological aspects involved in the change of behavior, experience and thinking from the perspective of adolescents who is using the services of a day hospital based on the principles of community psychotherapy and describe them. The research question we will try to answer is: How do adolescent clients of the Denní stacionář pro adolescenty at Všeobecná fakultní nemocnice in Prague experience and understand the process of change? And what aspects of treatment do they consider to be involved in change or, conversely, hindering the process of change?

In the theoretical part we try to gather psychological knowledge in the field of psychotherapy of adolescents in a community setting. Closer attention is paid to the possibilities of psychotherapeutic work with adolescents, as well as aspects supporting change in the process of psychotherapy. In conclusion, attention is paid to the period of adolescence, which is itself associated with a number of changes at the biopsychosocial level.

Eight adolescents with diverse psychiatric diagnoses shared their experiences with psychotherapy, art therapy, occupational therapy, and with community regime, during the focus group and semi-structured individual interviews. Data were analyzed by grounded theory and coding methodology (open, axial and central). The analysis resulted in three topics representing changes in the level of communication, affectivity and behavior. The aspects of community psychotherapy that adolescents described as involved in these three areas were organized into categories and then into the resulting model. Each thematic category and topic is described in detail, including literal quotations from individual interviews with adolescents. The findings are linked to the scientific literature and the implications of research for further research and practice are discussed at the end of the work.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	KOMUNITNÍ PSYCHOTERAPIE.....	3
2.1	KOMUNITA	4
2.2	PSYCHOTERAPIE	7
2.2.1	<i>Skupinová psychoterapie</i>	<i>11</i>
2.2.2	<i>Rodinná psychoterapie</i>	<i>13</i>
2.3	PODPŮRNÁ TERAPIE JAKO DOPLNĚK PSYCHOTERAPIE	16
2.3.1	<i>Arteterapie</i>	<i>16</i>
2.3.2	<i>Relaxace.....</i>	<i>17</i>
2.3.3	<i>Canisterapie.....</i>	<i>18</i>
2.3.4	<i>Ergoterapie</i>	<i>19</i>
2.3.5	<i>Léčebný tělocvik.....</i>	<i>20</i>
2.4	STADIA ZMĚNY A PROCES ZMĚNY	20
2.4.1	<i>Stadia změny</i>	<i>21</i>
2.4.2	<i>Proces změny</i>	<i>22</i>
3	DOSPÍVAJÍCÍ.....	24
3.1	DOSPÍVAJÍCÍ A TĚLESNÝ VÝVOJ.....	25
3.2	DOSPÍVAJÍCÍ A KOGNITIVNÍ VÝVOJ	27
3.3	DOSPÍVAJÍCÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝVOJ.....	30
3.4	DOSPÍVAJÍCÍ A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	34
3.5	SPECIFICKÉ ASPEKTY PSYCHOTERAPIE U ADOLESCENTŮ.....	38
4	VÝZKUMNÁ ČÁST	43
4.1	CÍLE VÝZKUMU	43
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
4.3	CHARAKTERISTIKY DENNÍHO STACIONÁŘE PRO ADOLESCENTY	44
4.4	ETIKA VÝZKUMU	45
4.5	VÝZKUMNÝ DESIGN.....	47
4.6	VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT	49
4.7	ANALÝZA DAT	52
4.8	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY DAT	59

4.9	DISKUSE.....	63
4.9.1	<i>Reflexe vlastní pozice.....</i>	65
4.9.2	<i>Limity výzkumu</i>	66
4.9.3	<i>Naznačení dalších směrů výzkumů</i>	68
5	ZÁVĚR	70
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
7	SEZNAM OBRÁZKŮ	90
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	91

1 Úvod

Děti a dospívající čelí široké škále výzev duševního zdraví. Jako mnoho dospělých, i mládež často zažívá deprese, úzkosti, fobie a externalizující problémy. Ve skutečnosti se mnoho poruch poprvé objevuje v prvních letech života. Jedná se o mentální postižení, poruchy autistického spektra, poruchy pozornosti a hyperaktivity. V období dospívání pak převažují poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek, poruchy přizpůsobení, poruchy nálad a úzkostné poruchy (Hupp et al., 2018).

V předkládané práci budeme označení klient, pacient, dospívající, adolescent a mládež užívat jako synonyma. V anglické literatuře se užívá pojmů, klient či rezident pro zdůraznění vlastní aktivity a vlastní zodpovědnosti za proces léčby na straně jedinců využívajících komunitní služby (Ernest, 2009).

Epidemiologické studie mapující dostupnost psychosociálních služeb v mnoha zemích ukazují, že jednomu dítěti z pěti je diagnostikováno psychické onemocnění a zřejmě každé desáté dítě má významně narušenou některou z hlavních psychických funkcí. Jeden pacient z dvaceti má přístup k adekvátní péči o své duševní zdraví a pouze jedno nebo dvě procenta jsou léčena ve specializovaném střediscích duševního zdraví (Burns & Friedman, 1990). Studie týkající se zdraví dětí obvykle stojí mnohem více než studie zaměřené na dospělé. Důvodem je, že je potřeba kombinovat informace od rodičů, dětí, učitelů, vrstevníků a dalších zainteresovaných osob. Psychiatrické epidemiologické studie dětí a dospívajících poskytují rámec pro rozvoj akademických standardů, usnadňují výzkum a strukturalizaci výcviků zaměřených na práci s adolescenty. Jedná se o data, která pomáhají s plánováním národních programů duševního zdraví dětí a dospívajících, se sekundárním cílem zvýšit zájem akademické obce o dětskou a dorostovou psychiatrii (Hannesdóttir, 2002).

V rámci České republiky existuje pouze jeden denní stacionář zaměřený na dospívající poskytující komplexní psychoterapeutické a diagnostické služby problémů spojených s dospíváním jakými jsou například komunikační problémy, vztahové problémy (s rodiči, s vrstevníky), krize dospívání, zhoršení školního prospěchu, záškoláctví, útěky z domova, neadekvátní řešení konfliktních situací, šikana, emoční, adaptační, psychosomatické a neurotické poruchy, poruchy příjmu potravy, počínající nebo

odeznívající schizofrenní epizody, symptomatický abúzus návykových látek. Přitom vzrůstající zájem o tyto služby potvrzují nejen čekací listiny k přijetí do jednotlivých zařízení, ale i aktivní zájem ze strany odborné veřejnosti i samotných dospívajících a jejich rodičů.

Navíc zvládnutí náročného vývojového období, které dospívání představuje, ovlivňuje v budoucnu to, jak daný jedinec bude přistupovat k životu (Özdemir et al., 2016).

Literárně přehledová část práce se věnuje komunitní psychoterapii a jejím jednotlivým aspektům, změně v procesu terapie dle Norcrosse et al. (2011) a období dospívání. Na začátku je vymezena komunitní psychoterapie, a to s ohledem na strukturu programu Denního stacionáře pro adolescenty. V práci je věnována pozornost skupinové a rodinné psychoterapii a také podpůrným terapiím, kterými jsou arteterapie, relaxace, canisterapie, ergoterapie a léčebný tělocvik. Na to navazují stadia změny a jejich proces, přičemž téma změny vnímáme jako pojítka všech kapitol, jak literární části, tak výzkumné.

Empirická část práce je tvořena kvalitativní metodologií, jejímž cílem je porozumět zkušenosti se změnou z perspektivy dospívajících klientů Denního stacionáře pro adolescenty.

Výzkumná část se snaží odpovědět na otázky jako: co dospívající chápou, jako změnu; jak proces změny prožívají; jak změnu poznají; co ke změně z jejich pohledu a zkušenosti přispívá a co naopak těmto procesům brání v průběhu docházení na stacionář. Závěry empirie se snaží nabídnout odpovědi na tyto otázky pomocí metody zakotvené teorie.

Denní stacionář pro adolescenty jsme zvolili, protože představuje jistou alternativu k hospitalizaci a ambulantní péči, jež je svojí podobou na území České republiky unikátní. DSA zprostředkovává dospívajícím hladší přechod mezi hospitalizací a následným návratem do normálního života. Pro některé adolescenty představuje mezikrok před samotnou hospitalizací. Dalším důvodem je realizace komunitní péče stacionářem a integrativní přístup psychoterapeutického týmu, který do jisté míry odpovídá zahraničním modelům komunitní práce s adolescenty. K motivaci pustit se do sepsání této práce přispěla skutečnost, že autorka výzkumu na stacionáři pracuje a změny, které mohla v průběhu let pozorovat a vyslechnout, ji inspirovaly k hlubšímu zkoumání.

Pro zjednodušení je v práci užíváno generické maskulinum, muži i ženy jsou označováni mužským tvarem podstatných jmen.

2 Komunitní psychoterapie

„Měl jsem možnost pozorovat a stále mám možnost pozorovat na misích jednu jedinou věc, ti lidé jsou nesmírně odolní, proto že žijou v komunitách, oni jsou schopni se spolu dobře, velmi efektivně bavit, jsou schopni sdílet problémy, rozumí buňkám jako je rodina, jako jsou prostě širší přátelé, obec, komunita jako taková... a možná celá společnost. A tohle je dělá neuvěřitelně silnými. Protože jsou součástí nějakého společenství.“ (Šebek v Mára, 2020)

Na komunitní práci lze nahlížet jako na meta-teoretický pohled rozvíjení, podpory a zapojení dospívajících do společnosti v rámci moderního sociálně zaměřeného státu (Sudmann & Breivik 2011). Díky celosvětovému trendu postupného zaměření systémů duševního zdraví směrem k péči zaměřené na jedince si odborná veřejnost uvědomuje vzrůstající potřebu realizovat klinické výzkumy sledující změny u dospívajících využívajících psychoterapeutickou péči, a to nejen z kvantitativního pohledu, ale i z toho kvalitativního – tedy subjektivní prožívání adolescenty a jejich rodiny. V posledních dvou desetiletích se do oblasti zájmu psychologů a dalších odborníků věnujících se duševnímu zdraví dostal proces změny – v myšlení, prožívání, cítění a chování.

Denní stacionář pro adolescenty (zkráceně DSA) vznikl v říjnu roku 1999 při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Jde o první takto specializovaný denní stacionář s komunitní formou vedení a samosprávou zaměřený přímo na dospívající klienty v České republice, který se věnuje diagnostice a léčbě komunikačních problémů, vztahových problémů (s rodiči, s vrstevníky), krizi dospívání, zhoršení školního prospěchu, záškoláctví, útekům z domova, neadekvátnímu řešení konfliktních situací, šikaně. Dále se zabývá emočními, adaptačními, psychosomatickými a neurotickými poruchami, poruchami příjmu potravy, počínajícími nebo odeznívajícími schizofrenními epizodami, symptomatickým abúzem návykových látek. V zahraničí¹ je tato forma péče rozšířenější.

V oblasti komunitní psychoterapie je nejdříve potřeba definovat jednotlivé pojmy, se kterými se budeme setkávat. Jsou jimi terapeutická komunita, skupinová a rodinná psychoterapie, arteterapie, léčebný tělocvik, ergoterapie a canisterapie. S ohledem na zaměření a rozsah této práce zde pouze zmíníme, že nedílnou součástí programu DSA je i individuální psychoterapie, kterou však nebudeme rozvádět. Zahraniční výzkumy se v této

¹ Především v severní Evropě.

oblasti u dospívajících věnují například terapeutickému procesu, terapeutickému vztahu (Shirk, 2011) a momentům brzkého ukončení psychoterapie (De Haan, 2013).

„Věnovat se pacientovi v duchu komunitního přístupu znamená mít na něho dostatek času, nezaměřovat se jenom na psychiatrické symptomy, ale naslouchat člověku se vším všudy a snažit se mu pomoci. Jelikož vážnější psychické nemoci mají přesahy do různých sfér – osobní, pracovní, sociální – je nezbytné, aby do hry byli zapojeni různí profesionálové, včetně rodinných příslušníků. Možná nejdůležitější aspektem komunitní péče je propojenost a návaznost“ (Hejzlar et al., 2010, s. 95).

2.1 Komunita

Na terapeutickou komunitu můžeme nahlížet, jako na ucelený léčebný systém rehabilitační péče, který s jedinci pracuje v bio-psycho-sociálním kontextu, s tím, že důraz je kladen na psychoterapii, podpůrné formy terapie a psychodiagnostiku (Hejzlar et al., 2010).

V tomto celostním přístupu je důležitý pojem sociální podpora. Sociální podpora je vnímána jako ochranný faktor psychologické adaptace nejen u duševních onemocnění. Dřívější výzkum (Teoh & Rose, 2001) ukazuje, že nízká sociální podpora je jedním z prediktorů psychologických problémů, jakými jsou deprese, úzkosti, problémy s pozorností, sociální problémy, somatické poruchy a nízké sebevědomí. Zdá se, že roli sociální podpory je třeba věnovat pozornost, jelikož je považována za mechanismus podporující vyrovnávání se se stresujícími faktory života a podílející se na celkovém zdraví a duševní pohodě² (Steese et al., 2006). Sociální podpora souvisí s prožitkem respektovanosti a prožitkem, když se o nás někdo stará či nás miluje a (obráceně) když my dáváme respekt druhým, staráme se o ně a chováme k nim city. Sociální podporu tak můžeme čerpat z rozmanitých zdrojů, jakými jsou rodina, přátelé, učitelé, komunita nebo jakákoli jiná sociální skupina, na kterou jsme napojeni. Sociální podpora je pojem, který popisuje strukturu, procesy a funkce jednotlivých sociálních vztahů.

Sociální podpora je popsána jako podpora dostupná jedinci prostřednictvím sociálních vztahů s ostatními lidmi, skupinami či celou komunitou. Teoretické modely sociální podpory definují následující dvě důležité dimenze: (1) strukturální dimenze, která zahrnuje velikost sítě a frekvenci sociálních interakcí a (2) funkční dimenze skládající se z

² Duševní pohodu v zahraničních textech najdeme nejčastěji pod pojmem well-being

emocionální (jako je přijímání lásky a empatie) a instrumentální složky (praktická pomoc, jako jsou dary, peníze nebo pomoc při péči o dítě) (Vranko, 2020).

Samotný léčebný program se většinou skládá ze skupinové psychoterapie, individuální a rodinné terapie, bývá rozšířen o arteterapii, psaní deníků, canisterapii, nácvik autogenního tréninku či jiné formy relaxace³. Na našem území je rozvoj konceptů komunitní péče datován do počátku 90. let, což souviselo s pádem komunistického režimu a rozšířením zdrojů informací přicházejících ze zahraničí, kde psychiatrická péče zajištěná velkými léčebnami byla postupně nahrazována alternativními koncepty, zejména právě komunitami. Spolu s tím se rozrůstal zájem o pojem duševní zdraví (mental health), který ve světě začal získávat status synonyma k pojmu psychiatrie. Je tím zároveň vyjádřena změna filozofie a odklon zacílení péče od klasické psychiatrie, jež se soustředí převážně na diagnostikování a léčení nemocí, k celistvějšímu přístupu, jehož cílem je opětovné začlenění klienta do normálního života (Hejzlar et al., 2010).

Terapeutická komunita má více významů. Jako první tento pojem použil a popsal Main v roce 1946 (Kennard, 2003), a to ve smyslu specifického uspořádání léčebny či nemocničního oddělení, na jehož chodu se podílejí i pacienti, a sice s cílem osvojit si přenositelné psychosociální dovednosti usnadňující návrat do běžného života mimo zdi zařízení, to vše s cílem humanizovat psychiatrické nemocnice pro dlouhodobě nemocné. Na pacienty se začíná pohlížet jako na aktivní účastníky terapeutických programů, kteří díky komunitě mají možnost na sobě aktivně pracovat a tím podporovat a rozvíjet vlastní zodpovědnost za proces léčby (Ernest, 2009).

Terapeutickou komunitu (zkráceně TK) můžeme definovat jako formu organizace terapeutického zařízení, nacházející se na jasně vymezeném místě, vymezenou určitým časem setkávání jejích členů a vycházející z určitých předem definovaných terapeutických principů. Kratochvíl (1979) nahlíží na TK jako na specifickou metodu, jejímž základním principem je „využívání modelové situace malé společenské skupiny pro projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů případně s následujícím nácvikem adaptivních forem chování“ (str. 14).

Podobnou definici nalezneme u Manninga a Moranta (2004), kteří TK definují jako sociální systém umožňující klientovi zažít druh interakcí, které mu dříve způsobovaly problémy. V prostředí komunity přitom mohou být nejen pozorovány, ale i popsány, a

³Progresivní Jacobsonova, techniky mindfulness, řízená imaginace.

následně mohou být nabídnuty možnosti, jak změnit způsoby interakcí (Manning & Moranta, 2004).

Takto pojatá komunitní práce se formovala na konci 50. let 20. století na dvou místech, nezávisle na sobě. V Anglii byl jejím představitelem Jones (1968), který v nemocnici Belmont Hospital zapojil do demokratického sdílení, rozhodování a plnění funkcí všechny členy komunity, jak pracovníky, tak klienty. Jones (1968) vymezil pět základních charakteristik takovéto terapeutické komunity:

- oboustranná komunikace na všech úrovních,
- proces rozhodování na všech úrovních,
- společné vedení,
- shoda v přijímání rozhodnutí,
- sociální učení „tady a teď“.

V USA to Dederich založil hierarchicky uspořádanou svépomocnou komunitu věnující se drogově závislým s programem založeným na konfrontačních skupinách. Pojetí Jonese bývá označováno jako demokratické a Dedericha jako hierarchické. U obou pojetí nalezneme části demokratického rozhodování i užití hierarchického rozdělení funkcí, liší se však v tom, jak velká pozornost je jednotlivým částem věnována (Ernest, 2009).

TK lze definovat i skrze počet terapeutických skupin (monoskupinové, multiskupinové) (Kratochvíl, 1979). V době realizace sběru dat byla TK na DSA multiskupinová, což znamená, že komunita se na určité části terapeutického programu dělí na dvě skupiny, vzniká tedy nejen intraskupinová, ale i interskupinová dynamika. Počet skupin v komunitě se odvíjí od její velikosti. Co se počtu členů komunity týče za ideální je považováno rozpětí 20 až 36 členů (Kratochvíl, 1979; Kennard, 2004). Počet členů komunity zahrnující i personál je snaha o rovnováhu mezi poskytnutím prostoru pro dostatečně rozmanité interpersonální situace, potřebou vytvořit důvěrné vztahy v komunitě a podpořením atmosféry intimity a otevřenosti, která je základem pro „kulturu zkoumání“ (Kennard, 2003). Rozmanitost interpersonálních situací pak přispívá k interpersonálnímu „učení naživo“ (Jones, 1968).

Terapeutické komunity se liší i délkou a intenzitou pobytu v komunitě, délka se přitom pohybuje v rozmezí od několika týdnů po 2 roky, určuje ji především cílenost jednotlivých komunit na specifickou oblast duševních obtíží a klientelu vyhledávající příslušné psychoterapeutické služby. V rámci DSA trvá psychoterapeutický program

maximálně 3 měsíce (12 týdnů) a běží od pondělí do pátku v časech od 8:00 do 15:30 h. Nastavení vhodné délky programu vždy balancuje s nezbytností poskytnout psychoterapii dostatečný časový prostor a zároveň klienta co možná nejméně vytrhávat z jeho běžného sociálního prostředí. Blíže se s možnostmi a specifiky komunitní péče lze seznámit v práci Ernesta (2009), Kaliny (2008) a Šugrové (2005).

V přehledu současné literatury založené na důkazech, vyčnívají dvě inovativní komunitní intervence – multisystemic therapy (MST) a program „Wraparound⁴“. Tyto programy se snaží spolupracovat s dospívajícími a jejich rodinami přímo v komunitě, tedy udržet sezení mimo institucionální prostředí. Oba programy ctí hodnoty Child and Adolescent Service System Program, tj. že péče je komunitní, individualizovaná, zaměřená na rodinu a kulturně podmíněná. Intervenční strategie se liší: MST poskytuje krátkodobou intenzivní domácí léčbu poskytovanou vyškoleným odborníkem, zatímco „wraparound“ program organizuje dlouhodobou péči soustředěnou kolem týmu, který koordinuje jak profesionální klinické služby poskytované více agenturami, tak neformální podpůrné služby, které existují nebo jsou vyvíjeny přímo v komunitě (Burns et al., 2000).

2.2 Psychoterapie

„Existuje spousta možných vymezení psychoterapie...V současnosti se domnívám, že psychoterapie je proces, ve kterém terapeut pomáhá posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud neměl prostředky k dosažení takového cíle, protože ve skutečnosti nevěřil, že je to možné. V tomto smyslu dělá psychoterapeut neuvěřitelné možným – nebo neuvěřitelné dosažitelným.“ (Zeig, 2005, s. 29)

Otázku, co je to psychoterapie, si pokládá nejen Zeig (2005). V roce 1985 proběhla psychoterapeutická konference ve Phoenixu, na které vystoupila řada tehdejších odborníků z oblasti psychoterapie se snahou psychoterapii vymezit. Výsledkem byla kniha *Umění psychoterapie*, složená z řady odlišných definic (Zeig, 2005). Zeig (2005) psychoterapii definuje jako „interpersonální proces, v rámci kterého terapeut pomáhá posílit klienta, aby

⁴ Wraparound je způsob práce s dětmi a dospívajícími se závažnými problémy v oblasti duševního zdraví a jejich rodinami. Během procesu Wraparound komunitní služby „zabalí“ (z ang. wraparound) dítě nebo dospívajícího a jejich rodinu do školy a komunity ve snaze pomoci uspokojit potřeby dítěte nebo dospívajícího.

tak klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud mu k dosažení cíle sházely prostředky, jelikož ve skutečnosti nevěřil, že je jeho předsevzetí možné“. Práci psychoterapeuta pak můžeme chápat skrze momenty, kdy neuvěřitelné se činí uvěřitelným, možným a dosažitelným. Na psychoterapii lze poté nahlížet jako na proces umožňující klientovi prezentovat své myšlenky způsobem poskytujícím prostor pro konstruktivní odpovědi založené na vlastní vůli (Zeig, 2005).

Psychoterapii budeme v této práci chápat jako proces, v němž terapeuti, s ohledem na své specifické teoretické zázemí, vytvářejí intervenční postupy, jež jsou navrženy s cílem podpořit a stimulovat u klientů fyziologické, kognitivní a emocionální změny, které budou patrné i na úrovni chování (Schaefer, 2003). Psychoterapeutický cíl pak spočívá ve snaze pomoci klientům cítit se lépe a přivést je k subjektivně novým způsobům jednání. K dosažení těchto cílů napomáhá tvorba intervencí zacílených na jeden ze čtyř základních lidských procesů: chování, myšlení, prožívání nebo fyziologické reakce (Greenberger a Padesky, 1995). Tyto základní složky se prolínají ve vzájemné interakci nejen mezi sebou, ale také v rámci podnětů přicházejících z vnějšího prostředí v kombinaci se zkušenostmi daného jedince a kulturního kontextu. Změna na jedné úrovni vede ke změnám i na dalších úrovních (Schaefer, 2003).

Jednotlivé psychoterapeutické školy a směry se liší v důrazu, který kladou na jeden z výše uvedených procesů, skrze něž se snaží působit na psychiku jedince. Gestalt terapie, přístup zaměřený na člověka a další humanisticky orientované směry věnují pozornost emocím jako katalyzátorům změn. Hlubinné a dynamické směry se soustředí na vývoj a přenos ve vztazích klienta. Chování, jako prostředek ke změně psychického stavu klienta, je typické pro behaviorálně orientované therapy, restrukturační myšlenek můžeme nacházet u kognitivně-rationálně emočních směrů, pro postmoderně smýšlející therapy je typická integrace různých terapeutických přístupů kladoucí důraz na cirkulární kauzalitu a sociální konstrukci reality. Využití psychofarmak primárně cílí na změny na úrovni fyziologických procesů. Uvědomujeme si, že se jedná o zjednodušení; s ohledem na eklektický styl práce týmu DSA a postmodernistického teoretického zázemí autorky výzkumu se v této práci na psychoterapii budeme dívat z postmoderní perspektivy.

Psychoterapii můžeme chápat jako souhru bio-psycho-sociologických metod zaměřených na zlepšení osobní pohody jedince a rozvoje jeho duševního zdraví, jako práci s nepříjemnými, ohrožujícími myšlenkami, prostor pro porozumění emocím a chování,

dodání naděje, zlepšení vztahů a motivaci k učení se / získávání nových sociálních dovedností (Lambert, 2013). Zájem o společné faktory psychoterapie podnítil Rosenzweig (1936) (např. terapeutický vztah, spojenectví), na nějž navázali například Yalom a Leszcz (2016) (dodání naděje, existenciální faktory, univerzalita atd.) a Bohart s Tallmanem (2010) (kteří do centra pozornosti přináší nejzanedbávanější faktor: klienta samotného). U nás se této problematice aktivně věnuje například Zatloukal (2010), Vybíral s Roubalem (2010) a Kratochvíl (2005).

Podobně, jako u dospělé klientely, i u adolescentů je užitečné pracovat na vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí založeného na terapeutickém vztahu, který umožňuje dosáhnout společně definovaných cílů adolescenta, jeho rodičů či jiných zainteresovaných osob. Toto bezpečné prostředí i vzájemný vztah je potřeba průběžně rozvíjet a chránit. Mezi další podmínky podporující léčivý efekt psychoterapie řadíme empatické porozumění, bezpodmínečné přijetí klienta, autentičnost terapeuta, očekávání dospívajících a rodičů, dodání naděje, korektivní zkušenost, zpětnou vazbu, katarzi na prožitkové úrovni, nácvik sociálních dovedností a změnu úhlu pohledu (Vybíral, Roubal, 2010).

Výzkum výsledků a procesů stávajících psychoterapeutických metod je nezbytný pro vypracování doporučení pro praxi s cílem zlepšit duševní zdraví jedince. Výsledky výzkumu psychoterapie se týkají většinou krátkodobých změn způsobených psychoterapií. Eysenckova kritika účinku psychoterapie (Eysenck, 1952) pravděpodobně inspirovala ostatní odborníky k postupnému zdokonalení výzkumných metod. Dnes nalezneme tisíce studií a metaanalýz dokazujících obecnou účinnost psychoterapie. Obecné nebo průměrné účinky psychoterapie jsou všeobecně odbornou veřejností přijímány jako dostačující (Lambert, 2013). Ačkoli je účinek u většiny diagnostických stavů poměrně konstantní, zdá se, že výsledné změny jsou ovlivňovány jak charakteristikami, na straně pacientů (komorbiditou, chroničností, sociální podporou), tak proměnnými na straně terapeuta (ty budou v práci popsány později) a kontextovými faktory (Beutler, 2009; Wampold, 2001).

Pokud jde o psychoterapii dětí a dospívajících, počet studií se za posledních pět desetiletí zvýšil (Weisz et al., 2017), ve srovnání s výzkumy zaměřenými na dospělé populaci, však zkoumání psychoterapie dětí a dospívajících poměrně zaostává (Fonagy et al., 2014), což může být způsobeno mezerou ve financování, např. ve Velké Británii je pouze 30 % z celkového rozpočtu na duševní zdraví věnováno na duševní zdraví dětí a dospívajících (Midgley et al., 2018). Podobný trend můžeme vypočítat i v České

republice, kde jsou výzkum a literatura zabývající se psychoterapií dospívajících poddimenzovány.

Podstatou psychoterapie je pochopit, jak každé psychoterapeutické setkání ovlivňuje nebo neovlivňuje pacienta. Primárním úkolem psychoterapeuta je porozumět tomu, co se s pacientem stane v důsledku jeho psychoterapeutických intervencí, jako nástroje vyvolávajícího konkrétní a žádoucí reakce. Základní psychoterapeutické školy se liší v cílech psychoterapie, tj. v typech očekávaných změn potřebných pro symptomatické zlepšení. Tyto rozdíly jsou viditelné v terapeutických postupech (Matoušová, 2018).

V oblasti výzkumu psychoterapie došlo v posledních několika desetiletích k pokroku. Více než 1 500 studií zkoumalo účinek psychoterapie u dětí a dospívajících (Kazdin, 2004), randomizovaných studií účinku dynamické psychoterapie u adolescentů je však málo (Kennedy, 2004). Jedním rozdílem mezi KBT a psychodynamickou psychoterapií může být to, že dynamická psychoterapie může mít u dospívajících dlouhodobý účinek. To znamená, že účinek léčby přetrvává i po ukončení léčby (Midgley & Kennedy, 2011). Zjištění, zda má psychoterapie nějaký účinek, nám však moc neřekne o tom, jak, proč a pro koho je psychoterapie funkční, efektivní. Terapeuti by měli přizpůsobit své léčebné přístupy konkrétnímu pacientovi. Vezmeme-li v úvahu, že individuální psychoterapie je často první volbou léčby a má být přínosem pro teenagery s depresí, úkolem výzkumu je dále prozkoumat a empiricky stanovit, které techniky je potřeba zahrnout u pacientů s různými charakteristikami (Kazdin, 2009).

Gibson et al. (2016) shromáždili poznatky z 12 kvalitativních studií do tří oblastí: Za prvé, adolescenti chtějí zažívat pocit spojení se svým terapeutem. Tento vztah je ceněn jako důležitý a je upřednostňováno, aby obsahoval určitou míru vzájemnosti. Za druhé si dospívající přejí, aby jejich terapeut nebyl kritický, ale empatický a starostlivý, chtějí mít možnost svobodně vyjádřit své myšlenky a emoce. A za třetí: Zdá se, že si dospívající zvláště uvědomují nedostatek moci ve vztahu k dospělým. Pro dospívající je tak důležitá jejich potřeba samostatnosti a kontroly v rámci terapeutického setkání doprovázená pocitem důvěrnosti. To vyžaduje rovnocenný vztah, nad nímž jsou adolescenti schopni mít kontrolu (Gibson et al., 2016). Henriksen (2014) hovořil s adolescenty s různými diagnózami, kteří úspěšně absolvovali různé typy ambulantní léčby. Mezi užitečné faktory zařadil: rozhovory

o náročných emocích, nepříjemných myšlenkách nebo zásadních událostech jejich života. Za efektivní považuje prozkoumání destruktivních myšlenek, předsudků adolescenta, stejně jako následné zpochybnění těchto myšlenek a činů terapeutem, což vytváří prostor pro změnu perspektivy. Za důležité bylo také považováno přizpůsobení terapie preferencím dospívajícího.

Jako efektivní se ukazuje psychoterapie, která kombinuje možnosti souběžného průběhu individuální, skupinové a rodinné terapie, práci s deníky, možnosti krizového telefonického kontaktu s terapeutem a podporu rodičů (Kazdin, 2004).

2.2.1 Skupinová psychoterapie

Dle Balcara et al. (2000) je skupinová psychoterapie způsob léčby, jejímž hlavním nástrojem jsou dynamika a vývoj intenzivních vztahů mezi jednotlivými členy skupiny, přičemž tato skupina je uměle vytvořená a může probíhat dvojí formou: skupinová psychoterapie a terapie ve skupině (Vymětal et al., 2004).

Pro skupinovou psychoterapii je stěžejní skupinová dynamika, probíhající interakce mezi jednotlivými členy skupiny, které vytvoří prostor pro vnoření jejich disfunkčních vzorců chování a jednotlivých problémů, které zažívají v běžném životě. Cílem terapeuta a zapojené skupiny je tyto problémy odstranit podpořit učení novým způsobům, jak problémové situace řešit (Vymětal, 2004). Pro terapii ve skupině je charakteristický důraz kladený na léčbu jednotlivce, zbylí členové skupiny figurují v rolích pomocníků (Vymětal, 2004).

Assay s Lambertem (1999) shrnují účinné faktory psychoterapie na základě metaanalýzy zahrnující posledních 60 let výzkumu. Studie zahrnovaly tisíce klientů s různými duševními problémy léčenými rozmanitými terapeutickými přístupy. Výsledky nenaznačují vyšší účinnost konkrétního psychoterapeutického směru. Signifikantně se na procesu léčby podílí faktory jako změna (představující 40 %) a události objevující se v průběhu života klientů mimo rámec jednotlivých sezení (15 %). Kvalita terapeutického vztahu představuje 30 % a 15 % tvoří terapeutické techniky a účinky placebo, například víra, že daná intervence a spolupráce může klientovi pomoci. Tato zjištění o společných faktorech by měla být pro odborníky v oblasti péče o děti a mládež povzbuzující, zejména s ohledem na to, že praxe péče o děti a dospívající vždy zdůrazňovala rozvíjení terapeutického vztahu. Většina adolescentů, kteří se potýkají s duševními problémy, se však může nacházet ve fázi,

kterou Prochaska a DiClemente (1982) označují jako předkontemplativní (subjekty se domnívají, že žádné problémy nemají). Menšina se nachází v kontemplativní fázi (přijetí toho, že nějaký problém existuje). V tomto bodě vývoje péče o děti a mládež by byl přínosný výzkum adolescentů, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrických zařízeních. Prochaska (1999) tvrdí, že terapeutické intervence by měly být voleny podle stadia motivace ke změně na straně klienta, přičemž řada zařízení má nastavený léčebný program na určitou fázi změny.

V literatuře je v posledních letech jako jeden z efektivních způsobů práce s dospívajícími popisována Dialektická behaviorální terapie (DBT), jejíž autorkou je Linehanová. DBT spadá do skupiny humanisticky orientovaných terapií. Využívá behaviorální a kognitivní postupy jako nácvik řešení problémů či trénink dovedností. Lze ji provádět ambulantně, v kombinaci individuální a skupinové formy, jako telefonickou konzultaci či supervizní konzultace pro terapeuta. Dialektický v tomto pojetí znamená celostní, mezi vztahový, představující snahu nacházet rovnováhu mezi přijetím a změnou. Zároveň funguje jako protiklad k černobílému dichotomickému myšlení, které je typické pro období dospívání. DBT se věnují například ve FN Brno⁵ (Glenn et al., 2015).

Ukázalo se, že skupinové poradenství pro děti a dospívající je efektivní při léčbě agrese (Shechtman, 2017), podpoře odolnosti (Coholic et al., 2012), podpoře dětí, které byly vystaveny nepřítomnosti rodičů (Betzael & Shechtman, 2017), a při řešení sociální úzkosti (Vassilopoulos et al., 2013).

Začátek terapie je považován za klíčový okamžik rozhodující o úspěšném dokončení procesu léčby (Hill, 2005), což platí o psychoterapii dospělých (Alberti et al., 2013) a obzvláště pak u dospívajících (Bolton Oetzel & Scherer, 2003).

Důkazy naznačují, že dospívající mají potíže s navázáním terapeutického vztahu a rychleji proces léčby vzdávají během úvodních setkání (Baruch et al., 1998). Částečně se na tom podílí skutečnost, že adolescenti jsou k psychoterapii motivováni rodiči nebo školou a často nevnímají rizikovost svého chování, což brání procesu léčby a ovlivňuje výsledky terapie (Kazdin, 2004). Kromě toho potřeba autonomie, sebeurčení, sebeobětování a

⁵ Psychiatrická klinika FN Brno nabízí od roku 2019 komplexní program dialektické behaviorální terapie (DBT). V letech 2019 až 2020 jejich tým absolvoval intenzivní trénink v DBT ve Velké Británii (British Isles DBT Training) a stali se certifikovaným týmem DBT terapeutů

nedůvěra k autoritě dospělých (Russell et al., 2008), spolu s nástupem úrovně formálních operací kognitivního vývoje přispívá k relativizaci názorů dospělých. Výzkum zaměřený na terapeutický vztah představuje slibnou cestu ke zkoumání účinných faktorů psychoterapie nejen u dospívajících. Vedou se polemiky o tom, která perspektiva (adolescentů, terapeutů nebo rodičů) a který okamžik hodnocení (první, druhé nebo třetí sezení) je nejsilněji spojen s výsledkem terapie (Kazdin, 2004).

Není snadné oddělit proměnnou jako je terapeutická technika, od vztahu mezi terapeutem a klientem, tj. co přesně jsou společné (obecné) faktory a jaké jsou specifické faktory. Možným řešením může být zkoumání pacientovi zkušenosti s terapií (běžné faktory) a terapeutovo chování a intervence (specifické faktory) (Ryum, 2012).

2.2.2 Rodinná psychoterapie

Rodinná psychoterapie, jak je dnes praktikována v Evropě a USA, je spojením teorie a výzkumu zahrnujícím mnoho různých terapeutických perspektiv a tradic čerpajících z posledních 60 let. Abychom pochopili teoretické základy chápání změny v rodinné terapii a procesů, které ji podporují, je užitečné nastínit vývoj vzniku rodinné terapie.

Řada autorů nahlížela na vývoj rodinné terapie odlišně. Například Dallos s Draperou (2010) jej dělí na tři fáze.

První fáze představuje počátky rodinné terapie, které lze vysledovat až do 50. let minulého století, kdy několik teoretiků a vědců začalo zpochybňovat uznávané paradigma, že psychologické a behaviorální problémy mají pouze intrapersonální charakter. Z části se jednalo o reakci na omezené stávající přístupy k léčbě duševních onemocnění a na rozvoj nových myšlenek vycházejících z teorie systémů a kybernetiky II. řádu (Dallos & Draper, 2010). U zrodu teorie rodinné terapie stáli Bateson, Hayley a Minuchin, kteří sdíleli společný pohled na problémy – považovali je za interakční a vznikající z interpersonálních procesů.

Jednotliví členové rodiny byli považováni za vzájemně závislé, neustále se zapojující části opakujících se vzorců chování. Léčba se zaměřila na pochopení funkce těchto vzorců a na práci směřující k jejich narušení a hledání nových funkčních, užitečných stylů komunikace (Dallos & Draper, 2010). Postupně se začaly objevovat odborné články přibližující tento způsob práce, což umožnilo zvýšit povědomí o teorii a následně šířit klinické zkušenosti, a to ve výsledku vedlo ke vzniku samostatné disciplíny „rodinné

terapie“. Prvním pojmenovaným přístupem byly „strukturální“ a „strategické“ přístupy, opírající se o odlišné představy způsobů, jak kýžené změny docílit (Dallos & Draper, 2010).

Druhá fáze byla charakteristická začátkem vývoje různých škol RT. To podnítilo zájem odborníků podrobovat nové teorie testování a sledovat, zda se uplatní v praxi. I když vznikající školy sdílely společnou víru v interakční a systémovou povahu psychologických problémů, začaly se lišit v tom, jak k těmto problémům přistupovaly. Zvláště výrazná byla myšlenka konstruktivismu. Konstruktivisté tvrdí, že neexistuje žádná objektivní „skutečná“ pravda, pouze pohled na svět, který je konstruován prostřednictvím nás samých a našeho vnímání světa kolem nás (Watzlawick et al., 1999). To vedlo k posunu, ve kterém se rodinní terapeuti soustředili méně na strukturu rodinných systémů a více na způsoby, jak rodiny pojímaly své obtíže. Terapeuti také častěji přecházeli od odborného přístupu ke vzájemné spolupráci s rodinou. Tyto změny vyústily ve vznik Milánské školy rodinné terapie, ve které byla změna usnadněna povzbuzováním jednotlivých členů rodiny, například pomocí cirkulárních (kruhových) otázek, zkoumáním jednotlivých přesvědčení⁶, významům a vzorců chování (Dallos & Draper, 2010).

Třetí fáze se formovala v posledních 30 letech, kdy došlo v rodinné terapii k několika klíčovým vývojovým změnám. K první změně přispěla sociálněkonstruktivistická teorie, ke druhé posun směrem k integraci a přijetí plurality (Dallos & Draper, 2010). Sociálněkonstruktivistická teorie ve svém jádru předpokládá, že vnímaná realita rodiny je ve skutečnosti konstruována a ovlivňována širšími společenskými faktory. Na rodinu působí kultura, ve které žije, což se podílí na tvorbě chápání okolního světa a sebe navzájem, přičemž tento význam není pravou „realitou“. Kultura a kontext formují rodinný život, od samotné struktury rodiny až po její jazyk, role, odpovědnost, přesvědčení a chování (Anderson & Goolishian, 1992). Realizace RT integrující výše uvedené aspekty se stala známou pod označením postmoderní přístupy (Boston, 2000). Postmoderní terapeutické praxe zvažuje, jak může kultura a dominantní narativ (například o třídě nebo pohlaví) ovlivňovat rodinu. Terapeuti věnují zvýšenou pozornost používání jazyka.

Změna je v rodinné terapii podporována vyzváním rodiny, aby objevila významy a povzbudila nové způsoby vidění situace (například prostřednictvím reflektujících týmů nebo

⁶ belief

zaměřením na řešení, nikoli na problémy). Užitečnost, resp. efekt rodinné terapie se opírá o řadu výzkumů. V našem prostředí se o etablování tohoto způsobu práce s rodinou a komunitou aktivně věnují například Zatloukal, Vitek a Žákovský z Daletu v Olomouci, dvojice Chvála a Trapková v Liberci, Institut Virginie Satirové⁷, Centrum Anima-terapie ve spolupráci s GI institutem, vedeným dvojicí Macek a Palečková Pešková, a dříve "Motolský" výcvik založený Bošem a Špitzem.

Rodinná terapie se postupem času odklonila od rigidních škol terapie směrem ke konceptualizaci sebe sama jako přístupu, který využívá řadu klíčových prvků, které jsou spojeny s určitými specifickými technikami (Stanton & Welsh, 2012). Kromě toho několik vícesložkových léčebných programů (jako je multisystémová rodinná terapie (Henggeler et al., 2009) a funkční rodinná terapie (Alexander et al., 2013) cíleně začlenilo dovednosti, techniky a strategie z několika škol rodinné terapie do manuálů svých léčebných programů (Henggeler et al., 2009). Rodinná terapie také začala integrovat myšlenky z jiných oblastí psychoterapie, např. důležitost práce s procesy attachmentu, narativní terapie připoutání (Dallos & Vetere, 2014) a potřeba věnovat se emočním stavům členů rodiny (terapie zaměřená na emoce) (Paivio, 2013). I když mnozí odborníci považují integraci za přínosnou (McNamee, 2004), existuje také obava, že integrace může vést ke špatně definované praxi a nedostatečné důslednosti v převádění terapeutických modelů do praxe (Asen, 2004) a v posledku může ztížit identifikaci jednotlivých prvků usnadňujících změnu (Sexton & Datchi, 2014).

V posledních 40 letech přinesl výzkum rodinné terapie řadu důkazů, které podporují účinnost systémových přístupů k léčbě celé řady duševních problémů (Carr, 2014). Odborníci věnující se oblasti rodinné terapie zdůrazňují nutnost zaměřit výzkum více na procesy změn (Sexton & Datchi, 2014). Výzkum procesů změn zkoumá konkrétní procesy v terapii a pokouší se je propojit s teoriemi změny (Heatherington et al., 2005). Snaží se odhalit, co je významné, pro koho a kdy, aby bylo možné prozkoumat, jak k samotné změně dochází. Výzkum procesů změn se stává postupně uznávanějším z několika důvodů. Pomáhá nám pochopit, co je pro určitého člena rodinného systému funkční a v jakém prostředí (Kazdin, 2009).

⁷ TRASA dříve MOISA

2.3 Podpůrná terapie jako doplněk psychoterapie

Součástí léčebného programu stacionáře je i psychomotorická terapie definovaná jako forma podpůrné terapie jejímž cílem je zlepšení celkového zdravotního stavu psychiatrického pacienta (Hátlová, 2003). Cílenými cviky přizpůsobenými stavu pacienta se terapeut snaží posílit pocit sebedůvěry, snížit hladinu stresu a prožívané úzkosti, zlepšit vnímání sebe sama, sebevyjádření a vytvořit prostor pro odpočinek a integraci změn vyvolaných psychoterapií.

To vyžaduje od pacienta aktivní přístup, který podporuje přijetí vlastní odpovědnosti za proces údravy. Hátlová (2003) došla ke zjištění, že u řady studií zaměřených na cvičení vedoucí ke zlepšení fyzického stavu klienta, dochází zároveň k pozitivním změnám na úrovni psychiky. Závěry z dostupných výzkumů poukazují na zlepšení důvěry v sebe samotného/samotnou, sebezpřijetí, na zvýšení produktivity a například i zmírnění fobie. Kvalitní syntézu poznatků z oblasti psychomotorické terapie, její historie a možných aplikací u několika konkrétních duševních poruch nabízí bakalářská práce Gorby (2019).

Jelikož součástí programu DSA je arteterapie, ergoterapie, nácvik relaxačních technik a léčebný tělocvik, stručně si tyto formy psychomotorické podpůrné terapie přiblížíme. Podle Kratochvíla (2006) jsou aktivity, jako arteterapie, ergoterapie, léčebný tělocvik zahrnuté do programu stacionáře přínosem zvyšující efekt skupinové terapie.

2.3.1 Arteterapie

Historie a vývoj arteterapie je úzce spojen s oblastí psychiatrie. Arteterapii můžeme definovat v širším slova smyslu jako léčbu uměním (hudbou, tancem, poezií, prózou, divadlem, obrazem) nebo v užším slova smyslu jako léčbu výtvarným uměním využívající výtvarné techniky (tj. kreslení, malování, tvorba koláží aj.) při skupinové či individuální práci s pacienty. Důležitá je rovina komunikace, jelikož každý výtvarný výtvor nese určité sdělení adresované všem členům komunity i sobě samému, a také skutečnost, že arteterapie je zaměřená na celý proces tvoření, nejen výsledek. Arteterapie klade určité nároky i na arteterapeuta. Je třeba si všimnout celého procesu tvoření a interakcí mezi členy komunity. To umožňuje pacientovi nahlédnout do svého vnitřního světa a snáze mu tak porozumět (Ugurlu et al., 2016).

Arteterapie většinou trvá v rozpětí 1-1,5 hodiny. Kromě malování, kreslení a tvorby koláží je možné tvořit i trojrozměrné objekty (misky, masky, krabice). Podle Ananda et al. (2019) může proces tvoření přispívat k rozvoji vnímání sebe sama, dále vytvořit prostor pro vyjádření emocionálních konfliktů, zvyšovat sebevědomí, snižovat úzkost, podpořit kreativní myšlení a dovednosti potřebné k řešení problémů (Spiegel et al., 2006). Těmto zjištěním odpovídají i výroky klientů DSA.

V závěru kreativního tvoření je vždy věnován dostatek času na představení výtvaru ostatním, což podporuje vzájemnost, zvědavost, empatii, respekt a pokoru. Pacientům arteterapie často umožní hovořit o svém životě, dopadech psychického onemocnění či výzvách, kterým v životě čelí (Ugurlu et al., 2016).

Pro hlubší vhled do problematiky arteterapie s dospívajícími doporučujeme například bakalářskou práci Víchové (2006) a Macháčkové (2019).

Arteterapie se jeví jako zvláště užitečná a efektivní při práci s menšinami a uprchlíky. Rousseau et al. (2005) zjistili, že 12týdenní program arteterapie vedl ke zvýšení sebeúcty a snížení maladaptivních příznaků u dětí imigrantů přicházejících z odlišného kulturního zázemí. Zdá se, že se arteterapie podílí na snižování příznaků PTSD, deprese, úzkosti a také emocionálních a vztahových problémů. Skrze výtvarnou tvorbu mohou klienti vyjádřit své emoce a myšlenky pro které by hledání vhodného pojmenování bylo náročné.

2.3.2 Relaxace

V současné době pojem relaxace označuje techniky nácviku ulevujícího od tělesného a psychického napětí. Jedná se nejen o důležitou součást léčby, ale i prevenci prožívaného stresu u dětí a dospívajících. Relaxace je vlastně aktivní sebeuvědomování vlastního těla, myšlenek a pocitů. Vychází z předpokladu, že svalové napětí, psychické napětí a funkční stav vegetativní nervové soustavy spolu souvisejí a jsou vzájemně propojené. Všechny formy relaxace spojuje zaměření na okamžik, tady a teď, liší se však ve způsobu práce s tělem, s pozorností a dechem (Gorba, 2019).

Relaxace probíhají většinou na DSA dopoledne a jsou vedeny buď psychiatrickou sestrou anebo jedním z terapeutů, případně stážistou. Zahrnují nácvik autogenního tréninku, progresivní svalové relaxace, řízenou imaginaci či techniky mindfulness.

Inspirací pro mindfulness může být kniha Zachovejte klid, vaše žabka dospívá: Cvičení mindfulness pro rodiče a jejich teenagery (Snelová, 2019). Pro bližší porozumění

autogennímu tréninku doporučujeme knihu *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá* od Víchové (2016). Na internetu jsou pak volně přístupné namluvené autogenní tréninky, progresivní relaxace atd. Vyčerpávající přehled nabízí bakalářská práce Stehlíková (2010).

2.3.3 Canisterapie

Canisterapie je zajištěna externě přes dobrovolnické centrum VFN. Paní canisterapeutka dochází na DSA jednou týdně na hodinu.

V prostoru psychoterapie je terapii se zvířaty v posledních letech věnováno více pozornosti, a sice jako užitečnému terapeutickému prostředku podporujícímu proces léčby. Zapojení zvířat do psychoterapie u dětí a dospívajících je hojně zastoupeno v angloamerickém systému zdravotní péče. V posledním desetiletí vzrostl zájem i v Evropě (Mansfeld 2002). Přestože počet studií účinnosti terapie za asistence zvířat za posledních několik let výrazně vzrostl, v oblasti dětské a adolescentní psychoterapie chybí kvalitně zpracované výzkumy.

Analýza osmi studií naznačila, že asistovaná terapie se zvířaty (zkráceně AAT) může být účinnou doplňkovou léčbou podporující psychickou pohodu a duševní zdraví jedince (Hoagwood et al., 2017). Závěry ukazují, že AAT může přispívat ke snižování pocitů psychické tísně, deprese, úzkosti, příznaků traumatu nebo pomoci se závislostí (Jones et al., 2019) a také vést ke zlepšení komunikace, chování a sociálních dovedností, zejména u poruch autistického spektra (Chitic et al., 2012). Ve všech případech je nutno tyto nálezy interpretovat konzervativně, především kvůli variabilitě a nízké metodologické kvalitě. Většina studií se nezaměřuje přímo na canisterapii, což přispívá k obtížím při posouzení efektu intervencí na ni založených (Lentini & Knox, 2015).

Existují čtyři experimentální studie zkoumající canisterapii⁸ v adolescentní psychiatrické ústavní léčbě (Balluerka et al. 2015; Muela et al. 2017; Seivert et al. 2018; Stefanini et al. 2015). Tři z těchto studií zjistily, že integrace AAT do léčebného programu byla spojena se zlepšením celkového fungování, sociálních dovedností, školní docházky a adaptací na školu, snížením deprese, snížením hyperaktivity a problémů s pozorností a zkrácení

⁸ V zahraniční literatuře je canisterapie uváděna jako dog therapy, Animal assisted therapy, zkráceně AAT

délky hospitalizace v nemocnici (Balluerka et al. 2015; Muela et al. 2017; Stefanini et al. 2015). Dvě z těchto studií však také zjistily, že skupina AAT nebyla z hlediska klinických příznaků signifikantně jiná než kontrolní skupina (Balluerka et al. 2015; Stefanini et al. 2015). Jedna z těchto studií (Seivert et al. 2018) nezjistila žádné významné rozdíly ve výsledcích mezi skupinou AAT a skupinou bez AAT.

Zájem o canisterapii u nás v posledních letech vzrůstá, vzhled do praxe nabízí článek Nedvědové (2008) či práce Matýsové (2008) a Slámové (2011).

2.3.4 Ergoterapie

Ergoterapie⁹ je dlouhodobý proces, který nemá přesnou definici a zahrnuje několik složek. Volně lze tento pojem přeložit jako pracovní terapie nebo léčba prací. Podle Pfeiffera (1990) se jedná o nešťastné pojmenování. Odborníci se shodují, na tom, že cílem pracovní terapie je začleněním pacienta zpět do pracovního procesu, oproti tomu ergoterapie se snaží odpoutat pacientovu pozornost od bolesti, pesimistických myšlenek na budoucnost a navodit pocit zklidnění (Kubíková, 2018).

Ergoterapie probíhá také záštitou ergoterapeutického centra dvakrát týdně v odpoledních hodinách. Program nabízí dospívajícím tvoření z hlíny, zahradničení (většinou v jarních obdobích na zahradě kliniky), které v sobě kombinuje pohyb na čerstvém vzduchu a smysluplnou činnost, podporuje skupinovou kohezi v jiné než psychoterapeutické situaci.

Příkladem rozvíjející se praxe ergoterapie v oblasti duševního zdraví je nedávný nárůst výzkumné literatury zaměřené na děti a dospívající, kteří prožili trauma. V ergoterapeutické praxi je zajímavé, jak prožití traumatu ovlivňuje vyvíjející se mozek, a jak toto následně ovlivňuje pracovní výkon doma, v komunitě a ve škole. Děti a dospívající, kteří byli vystaveni zanedbávání, interpersonálnímu násilí mezi pečovateli a sexuálnímu a fyzickému násilí těžili z ergoterapeutických programů (Fraser et al., 2019).

Ergoterapie se zaměřuje na rozvoj hrubé a jemné motoriky, sensoriky, senzomotoriky a grafomotoriky s respektem k individuálním možnostem pacienta a jeho ontogenetické úrovni na základě indikace psychiatra, klinického psychologa, psychiatrické sestry či sociálního pracovníka (Kubíková, 2018).

⁹ V angličtině occupational therapy

2.3.5 Léčebný tělocvik

Léčebný tělocvik dospívající absolvují dvakrát týdně a je zajišťován oddělením ergoterapie a rehabilitace VFN. Většinou zahrnuje balanční cvičení, lehké posilování či míčové hry. U psychických onemocnění se často objevuje ochablá svalová soustava, pocity únavy, které přispívají k tomu, že se pacienti vyhýbají pohybu (Hátlová, 2003). Pozitivní vztah mezi tělesným cvičením a duševním zdravím prokázala řada studií například u lidí se schizofrenií (Chamove, 1986; Faulkner & Sparkes, 1999) a u pacientů s klinickou depresí (Seime & Vickers, 2006). V posledních letech bylo realizováno několik výzkumů zabývajících se účinkem fyzické námahy a fyzické aktivity u dětí a dospívajících s diagnózou deprese (fyzické cvičení bylo definováno jako plánovaná, strukturovaná, opakovaná a účelová fyzická aktivita zaměřená na zlepšení nebo udržení jedné nebo více složek fyzické zdatnosti) (Caspersen et al., 1985). Existují důkazy naznačující, že integrace pohybu do procesu terapie může představovat slibnou strategii (Brown et al., 2013).

2.4 **Stadia změny a proces změny**

Lidé, kteří vyhledají psychoterapii, nepřichází se stejnou motivací a představou o kýžené změně chování. U většiny odborníků a programů jsou pacienti různí, pokud jde o jejich přání a schopnost měnit se. Většina psychoterapeutů se shodne na tom, že připravenost klienta na změnu zásadně ovlivňuje proces a výsledek psychoterapie. V transteoretickém modelu je změna chování pojímána jako proces, který se odvíjí v průběhu času a zahrnuje progresi v pěti fázích, kterými jsou prekontemplace (odolávání změně), kontemplace (změna na obzoru), příprava, akce (čas dát se do toho) a udržení (jak setrvat) (Norcross et al., 2011).

V každé fázi změny autoři navrhují, aby různé procesy změny a relační postoje vedly k optimálnímu pokroku. Přizpůsobení psychoterapie jedinečnosti člověka vyžaduje úpravu procesů změny a terapeutického vztahu odpovídající jednomu ze stadií změny. Jak klienti postupují z jedné fáze do druhé, terapeutický vztah se dále vyvíjí užitečným způsobem (Norcross et al., 2011).

2.4.1 Stadia změny

Jednotlivá stadia představují časová období a soubory úkolů potřebných pro přesun do stadií následujících. Přestože se čas, který jednatel stráví v každém stadiu může lišit, předpokládá se, že úkoly, které je třeba splnit, jsou podobné (Norcross et al., 2011). Nyní přiblížíme jednotlivé fáze.

Prekontemplace je fáze, která je charakteristická tím, že většina klientů si není vědoma svých problémů. Vystihuje to spisovatel Chesterton, „Nejde o to, že by neviděli řešení, ale o to, že nevidí problém“. Okolí dotyčného, tedy rodina, přátelé, kolegové, učitelé, spolužáci však vnímá, že jejich blízký problém má. V tomto stadiu se v psychoterapii setkáváme s lidmi, kteří byli do léčby přivedeni právě někým z blízkých (Norcross et al., 2011).

Kontemplace je stadium, kdy si jsou klienti vědomi svého problému, přemýšlejí o něm, ale mají pocit, že v něm uvízli, a ještě nejsou připraveni se změnit (Norcross et al., 2011).

Příprava je stadium, které kombinuje záměr a chování. Lidé mají v úmyslu podniknout kroky a často provádějí malé změny v chování - tzv. „dětské krůčky“. Přestože klienti ve stadiu přípravy dosáhli určité úpravy svého problémového chování, dosud nesplnili kritéria pro efektivní opatření, jako je drogová abstinence nebo ústup deprese (Norcross et al., 2011).

Akce je stadium, ve kterém jednotlivci upravují své chování, zkušenosti nebo prostředí tak, aby překonali své problémy. Akce zahrnuje zjevné změny v chování a vyžaduje značné úsilí, čas a energii. Úpravy problému provedené v akční fázi mají tendenci být nejvíce patrné a lidé, za ně získávají vnější uznání, což vede k tomu, že někteří pak chybně srovnávají tuto jedinou fázi s celým procesem změny (Norcross et al., 2011).

Udržení můžeme označit za aktivní stadium, ve kterém se lidé snaží zabránit relapsu a upevnit výhody dosažené během stadia akce. U některých onemocnění jako jsou závislosti, může fáze udržení přetrvávat celý život; u jiných může skončit po 3–9 měsících od chvíle, co klient zůstane bez disfunkčního chování. Stabilizace změny chování a zabránění relapsu jsou charakteristickými znaky udržení (Norcross et al., 2011). Jak klienti postupují do stadia udržení je potřeba aby začali používat procesy změny zabraňující relapsu. Je užitečné připravit klienty na situace, které mohou vést ke zhoršení jejich stavu (Prochaska et al., 2018).

2.4.2 Proces změny

Stadia změny poukazují na to, kdy se lidé mění, zatímco proces změny odpovídá na otázku, jak. Přestože existuje přibližně 500 na první pohled lišících se psychoterapií (Pearsall, 2011), bylo identifikováno pouze 7 procesů změny, které zahrnují několik strategií a technik¹⁰ (Norcross et al., 2011). Těmito procesy jsou:

- Zvyšování vědomí
- Sociální osvobození
- Emoční vyburcování
- Závazek
- Kontrola prostředí
- Odměna
- Podpůrné vztahy (Norcross et al., 2011).

Zvyšování vědomí pomáhá klientům postupovat od stadia prekontemplace ke kontemplaci. U klientů se pracuje na zvyšování povědomí o výhodách plynoucích ze změny a psychoterapie. **Sociální osvobození** zahrnuje vnější vlivy, které mění prostředí kolem člověka (například zákaz kouření ve veřejných prostorech). Tento proces umožňuje akci a podílí se na zvyšování sebevědomí (Prochaska et al., 2018). Proces **emočního vyburcování** napomáhá k vytvoření náhledu na to, kdy se disfunkční chování dostává do konfliktu s hodnotami daného člověka. **Závazek** můžeme chápat jako přijetí zodpovědnosti. **Kontrolu prostředí** spočívá v restrukturaaci okolí člověka, a to takovým způsobem, aby se snížila pravděpodobnost událostí vedoucích k problému. **Odměna** je proces, který napomáhá k trvalosti změny a zahrnuje pochvaly, ocenění. **Podpůrné vztahy** zahrnují, jak už název napovídá podporu, pomoc, péči, přijetí a pochopení (Prochaska et al., 2018).

Výsledky práce Norcross a kolegů (2011) nastiňují využitelnost fáze změn v předpovídání důležitých kroků směřujících k uzdravení. Fáze posouzení změn je přímá a při počátečním terapeutickém setkání trvá jen několik minut, má však zásadní dopad pro vedení metody léčby a podporu pokroku v léčbě. Z chování terapeutů přispívá ke změně u klienta následující: zmapovat v jakém stadiu připravenosti na změnu se klient nachází, zvolit

¹⁰ Do technik můžeme zařadit relaxaci, procházky, práci, sport, poslech hudby atd.

odpovídající léčbu, stanovit realistické cíle respektující přesun z jednoho stadia do dalšího a přizpůsobit procesy stadiím změny.

Závěry výzkumu Schallera et al. (2018) zdůraznily význam aktivace mechanismů změny v souladu s motivační fází změny pacienta účastnícího se skupinové psychoterapie. Terapeuti by měli před zahájením skupiny identifikovat motivační stadia změn u jednotlivých pacientů, například během individuálních sezení. Poté si terapeut může vybrat mezi zaměřením na zážitkové nebo behaviorální procesy. Pokud je většina pacientů v raných fázích změn, měl by být větší důraz kladen na zážitkové procesy. Terapeut by se měl zaměřit například na emoční vazbu, atmosféru na skupině a emoční aktivaci jednotlivých členů skupiny. Pokud je většina pacientů v pozdějších fázích změn, měl by se větší důraz klást na procesy chování. Terapeut by měl cílit na zvládnání problémů a hledání zdrojů pacienta například prostřednictvím hraní rolí. V ideálním případě se pacienti v podobných stadiích změny spojí a vytvoří jednu skupinu (Schaller et al., 2018).

Další úhel pohledu, a tedy další možnost, jak porozumět změně myšlení, přináší Greenfieldová (2016), jež změnu myšlení označuje za fenomén mnohostranný, vyvolávající řadu otázek žádajících samostatné zkoumání. Ve své práci se věnuje 3 hlavním oblastem: sociálním sítím a jejich vlivu na identitu a vztahy, počítačovým hrám a jejich vlivu na pozornost, závislosti a agresi, a nakonec vyhledávačům a jejich vlivu na učení a paměť. Upozorňuje na to, že neustálé navštěvování sociálních sítí může transformovat samotnou podstatu osobních vztahů a jako příklad uvádí metaanalýzu zkoumající úroveň empatie u amerických vysokoškolských studentů, jež poukázala na celkový pokles úrovně empatie s prudkým propadem v posledních 10 letech, který jini staví do možné souvislosti s nástupem sociálních sítí (Konrath et al., 2011); zároveň si pokládá otázku, proč se v kybersvětě dobře cítí ti, kteří mají potíže soucítit, jako například osoby s poruchou autistického spektra (Greenfieldová, 2016).

3 Dospívající

„A možná, že dospívání je hlavně o tom, uvědomit si, že nemáme být jen postavičkou, které příběh nařizuje, kam jít. Jde o to uvědomit si, že ten příběh můžeme psát sami.“ (Dellaira, 2015).

Dospívání neboli **adolescence** je období, které je definováno jako přechod mezi dětstvím a dospělostí. Dle Vágnerové (2012) ho můžeme časově vymezit jako dekádu mezi 10. a 20. rokem života. Podobně jako u nás, i v zahraniční literatuře, se názory na věkové rozpětí definující toto období liší. Pokud budeme pracovat s proměnnými, jako je finanční nezávislost, emoční separace, biologické zrání, sociální zralost a úroveň dosaženého vzdělání, můžeme začátek adolescence datovat od 9 let s koncovým bodem rozmezí 25. roku (Rubenstein, 2003). Gelhaar et al. (2007), kteří zkoumali copingové strategie u dospívajících napříč 7 evropskými zeměmi, definovali dospívající jako skupinu tvořenou věkovou kohortou začínající v 11 letech s koncem se 20. rokem života. V této práci se budeme přiklánět k vymezení jako Macek (2003), který definuje dospívání jako **období mezi dětstvím a dospělostí** vycházející z euroamerického kontextu respektujícího probíhání paralelních procesů podílejících se na prodlužování tohoto období; pro přesnější věkové vymezení využijeme vymezení DSA, které za dospívající považuje mládež **od 14 do 21 let**¹¹.

Pro dospívání je charakteristický rychlý fyzický, biologický, kognitivní a psychosociální vývoj doprovázený řadou změn (Berger, 2011). Vzájemné vztahy získávají na významu a stávají se složitějšími, dochází ke zvýšenému uvědomování si sebe sama a srovnávání se s ostatními, což je jedním z hlavních aspektů podílejících se na rozvoji identity (Steinberg & Morris, 2001). Dále je pro toto období charakteristická snaha jedince stát se nezávislým, což přispívá k nalezení smyslu života i sebe sama (Frydenberg, 2008). Objevuje se touha po originalitě, snaha upoutat pozornost, zvýšená tendence riskovat, emoční labilita a impulzivita, dále vyhledávání zábavných a vzrušujících zážitků, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu negativních nálad a pocitů nudy, což může přispívat k hledání podnětů nabízejících více vzrušení. Tyto zásadní změny v kombinaci s těmi biologickými přispívají k bouřlivosti a náročnosti této životní etapy (Santrock, 2010).

¹¹ Ve specifických případech jsou na DSA přijímání i dospívající ve věku 13 let

3.1 Dospívající a tělesný vývoj

Tělesný vývoj začíná zráním a aktivací osy hypothalamus – hypofýza – gonády v důsledku koordinované práce komplexních neuroendokrinních mechanismů a je ovlivněn faktory prostředí, interakcí mezi genetickými proměnnými, mentální úrovní, výživou a životními podmínkami. Z tohoto důvodu se doba dospívání u jednotlivých dětí velmi liší (Catli et al, 2013). Skorunková (2013) uvádí, že vývoj výšky a fyzické síly dospívajícího má tendenci vyrovnat se dospělým, tělesné rozložení se však liší v závislosti na pohlaví. Například změna výšky postavy se podílí na změně optického vztahu s autoritou, zvyšování pocitu sebejistoty ve vztahu se soběstačností (Skorunková, 2013). Fyzický vzhled a jeho atraktivita je dle Vágnerové (2012) předpoklad získání dobré sociální pozice, se kterým jde ruku v ruce proces porovnávání, srovnávání a posuzování s vrstevníky i aktuálně přijímaným ideálem krásy.

Zároveň dochází ke zvýšení mozkové elasticity a kognitivní flexibility, jejichž cílem je podpořit proces učení, schopnost reagovat a přizpůsobovat se novým rolím, podmínkám prostředí a mezilidským vztahům (Casey et al., 2008; Balvin, 2017; Lenroot & Giedd, 2006). Vyvíjející se mozek adolescenta se může snadněji naučit chování podporující duševní pohodu, stejně tak se bohužel může tento vývoj podílet na zranitelnosti v následku maladaptivních reakcí na stres (Belcher et al., 2020).

Co se týče fyziologického zrání vědci upozorňují na význam prefrontální kůry, která je plně vyzrálá a funkční až v pozdní pubertě nebo začátkem dvacátého roku života (Tsujimoto, 2008) a zodpovídá za kognitivní a exekutivní funkce (Keating et al., 2004). Výzkumy naznačují, že kvůli zrání prefrontální kůry dospívající vykazují větší citlivost na posilující vlastnosti příjemných podnětů. To může souviset s produkcí dopaminu, která dosahuje svého celoživotního vrcholu právě během adolescence (Sturman & Moghaddam, 2011). Dochází i ke zvýšené produkci oxytocinu, který zintenzivňuje pocity prožívané pohody, což se může podílet na chování typického adolescenta (Steinberg, 2008). Prefrontálnímu kortexu jsou připisovány činnosti, jako je plánování, potlačení nevhodného chování, rozhodování a přenášení pozornosti. Ukazuje se, že u adolescentů se v oblasti prefrontálního kortexu zobrazuje mnohem více bílé hmoty než u mladších dětí, které mají v této oblasti mnohem více šedé hmoty mozkové. To je způsobeno myelinizací nervových vláken v období dospívání. Obalování nervových vláken do ochranné vrstvy má za následek

rychlejší přenos informací, který se v důsledku projevuje zlepšením funkcí, které se v takové oblasti vyskytují (Blakemore & Frith, 2005).

Individuální rozdíly v kontrole impulzů a přijímání rizik jsou předmětem zkoumání v psychologii už nějakou dobu (Benthin et al., 1993). Snad jedním z klasických příkladů individuálních rozdílů uváděných v těchto schopnostech v literatuře sociální, kognitivní a vývojové psychologie je dovednost oddálit uspokojení (Mischel et al., 1989).

Impulzivita je spojena s nezralým ventrálním prefrontálním vývojem a od dětství do dospělosti se postupně snižuje (Casey et al., 2005). Negativní korelace mezi hodnocením impulzivity a věkem ve studii Galvana et al. (2007) tuto představu dále podporuje. Naproti tomu riskování je spojeno se zvýšením aktivity nucleus accumbens (Kuhnen & Knutson, 2005), což je u dospívajících ve srovnání s dětmi a dospělými výrazné (Ernst et al., 2005). Volba a chování adolescentů tedy nelze vysvětlit impulzivitou nebo zdoluhavým vývojem samotné prefrontální kůry, protože u dětí by se pak předpokládalo, že budou více podstupovat riziko oproti dospívajícím. Zjištění poskytují neurální základ pro to, proč jsou někteří adolescenti vystaveni většímu riziku než ostatní a jak se chování adolescentů liší od riskování u dětí a dospělých.

Tyto závěry naznačují, že ačkoliv jsou adolescenti jako skupina považováni za osoby podstupující riziko (Ernst et al., 2005), někteří adolescenti budou náchylnější k rizikovému chování. Tato zjištění podtrhují důležitost uvažování o individuální variabilitě při zkoumání složitých vztahů mozek – chování vztahujících se k riskování a zpracování odměn ve vývojových populacích. Tyto individuální a vývojové rozdíly mohou dále pomoci vysvětlit zranitelnost některých jedinců vůči podstupování rizika spojeného s užíváním návykových látek a nakonec závislosti.

Tato zjištění poskytují zásadní základy syntézou různých poznatků souvisejících s rizikovým chováním v dospívání a porozuměním individuálním rozdílům a vývojovým ukazatelům sklonů negativního chování.

Dospívání zahrnuje kromě fyzického a sexuálního vývoje také kognitivní a psychosociální vývoj jedince.

3.2 Dospívající a kognitivní vývoj

Dospívající je schopen pracovat zároveň s více informacemi souběžně, a to už na abstraktní úrovni, manipulovat s nimi, kombinovat je a propojovat mezi sebou. Dle Piageta (2001) je výrazný emoční a sociální vývoj spojený s adolescencí umožněn rozvojem myšlení, schopností přemýšlet o budoucnosti a vytvářením řady představ její podoby, tedy s nástupem myšlení ve stadiu formálních operací. Dosažení této kognitivní úrovně přináší schopnost porozumět abstraktním principům, jako jsou krása, láska, svoboda a morálka. Dospívající není omezen tím, co lze přímo vidět či slyšet a kromě řešení problémů metodou „pokusu a omylu“ dovede uvažovat hypoteticko-induktivně a je schopen předem promyslet možnosti a poté je systematicky testovat (Crain, 2005). Adolescenti rozumí konceptu tranzitivity, což znamená, že vztah mezi dvěma prvky se přenáší na další prvky logicky související s prvními dvěma, například když $A < B$ a $B < C$, pak $A < C$ (Thomas, 1979).

Jakmile adolescenti porozumí abstraktním myšlenkám, vstoupí do světa hypotetických možností a začnou projevovat egocentrismus nebo zvýšené zaměření na sebe. Egocentricita adolescentů pochází z připisování neomezené moci jejich vlastním myšlenkám (Crain, 2005). Piaget věřil, že teprve poté, co se adolescenti chopí rolí dospělých, budou schopni naučit se limitům svých vlastních myšlenek (Piaget, 2001).

Elkind (1967) rozšířil koncept Piagetovy adolescentní egocentricity. Elkind (1967) se domníval, že fyziologické změny, ke kterým dochází během dospívání, vedou k tomu, že adolescenti se přirozeně zajímají o sebe samé. Navíc, protože adolescenti nedokážou rozlišovat mezi tím, co si myslí ostatní, a svými vlastními myšlenkami, věří, že ostatní jsou stejně fascinováni svým chováním a vzhledem. Tato víra vede k tomu, že adolescent předvídá reakce ostatních a následně vytváří imaginární publikum. „Imaginární publikum je vírou adolescenta, že lidé kolem něj jsou stejně znepokojeni a zaměřují se na svůj vzhled jako on sám“ (Schwartz et al., 2008, s. 441). Elkind (1967) se domníval, že imaginární publikum přispívá k rozvoji sebevědomí, ke kterému dochází v raném dospívání. Touha po soukromí a neochota sdílet osobní informace mohou být další reakcí na pocit, který ostatní neustále pozorují. Nedávný výzkum případně naznačil, že imaginární publikum není imaginární. Konkrétně mají adolescenti a dospělí pocit, že jsou často pod drobnohledem ostatních, zejména jsou-li aktivní na sociálních médiích (Yau & Reich, 2018).

Dospívající se mohou cítit osamocně v prožívání silných a různorodých emocí, což vede k pocitu, že druzí jim nerozumí a nemohou pochopit, jak se cítí. Tato jedinečnost

emocionálních zážitků u adolescentů posiluje víru v nezranitelnost, zejména ve spojení se smrtí. Dospívající se tak mohou chovat riskantně (abúzus návykových látek, nechráněný sex) bez uvědomění možných negativních důsledků. Elkind (1967) (věřil, že adolescentní egocentricita se objevuje v raném dospívání a její pokles nastává ve střední adolescenci, avšak nedávný výzkum identifikoval egocentricitu i v pozdní adolescenci (Schwartz et al., 2008).

Vzhledem k tomu, že adolescenti jsou nyní schopni uvažovat abstraktně a hypoteticky, vykazují mnoho nových způsobů reflexe (Dolgin, 2011). Můžeme u nich pozorovat zvýšenou míru sebezpozorování nebo přemýšlení o myšlenkách a pocitech druhých. Začínají si představovat, jaký by svět mohl být. Díky tomu mohou inklinovat k idealismu nebo trvat na vysokých standardech chování. Kvůli idealismu se mohou stát kritickými vůči ostatním, především dospělým (Jordan, 2000).

Oproti tomu Vygotskij (2004) zdůrazňoval zrání kognitivních funkcí a samostatný rozvoj společně s procesem učení. Za zásadní v rozvoji kognitivních schopností považuje interakci jedince s okolím, tvrdí tedy, že jednotlivé interakce vedou k učení, a učení podporuje zrání, které rozpojuje psychický vývoj. Prostor mezi současnou úrovní schopností a tou potencionální označuje pojmem „zóna proximálního vývoje“. Postupně přicházející vývojové změny na úrovni organismu způsobují, že jedinec je citlivější, vnímavější na podněty náležející vyšší vývojové fázi. Dospívající, který dostává od rodičů, vrstevníků a učitelů adekvátní podněty, může podpořit proces zrání a naučit se nové způsoby řešení problémů Vygotskij (2004).

Z kognitivního hlediska je pro dospívající charakteristický výskyt neoptimálních rozhodnutí a činů, které vedou ke zvýšené přítomnosti neúmyslných zranění, abúzu návykových látek, neúmyslného těhotenství, pohlavně přenosných nemocí, zneužití a násilí. Tradiční neurobiologická a kognitivní vysvětlení tohoto chování však nedokázala vysvětlit nelineární změny v chování adolescentů ve srovnání s dětstvím a dospělostí. Adolescent ani jeho okolí pak často těmto změnám nerozumí. Nedávné studie nabízejí biologický základ této teorie. Naznačují rozdílný vývoj limbického systému odměn ve srovnání s kontrolními systémy shora dolů. Dospívání se ve srovnání s dětstvím a dospělostí lišilo (Casey, 2008). Z důvodu zrání kognitivních struktur, uvědomování si vlastní zranitelnosti, ale adolescence

nabízí i příležitost k osvojení si různých nástrojů a cvičení, které mohou podporovat růst a kultivaci silných stránek osobnosti a zlepšovat celkovou osobní pohodu.

Jak děti a dospívající, tak i schizofrenici berou svět doslova (Greenfieldová, 2016). Greenfieldová to přibližuje pomocí metafory „pokud žijete ve skleněném domě, a někdo na něj hodí kámen, váš dům se rozbije“. Vnější svět dle ní dospívající chápou jako živé místo, které se může snadno zhroutit a rozdrtit křehkou ochrannou vrstvou zranitelného vnitřního světa (Greenfieldová, 2016).

Podle Národního centra pro statistiku zemře ve Spojených státech každý rok více než 13 000 dospívajících. Přibližně 70% těchto úmrtí je důsledkem havárií motorových vozidel, neúmyslných zranění, zabití a sebevraždy (Eaton et al., 2006). Výsledky z Národního průzkumu rizikového chování mládeže z roku 2005 ukazují, že dospívající se chová tak, že zvyšuje pravděpodobnost úmrtí nebo nemoci tím, že bude řídit vozidlo po užití alkoholu nebo bez zapnutí bezpečnostního pásu, držení zbraně, požíváním psychotropních látek a nechráněným sexem, což může vést k nechtěnému těhotenství a chycení pohlavně přenosných chorob, včetně HIV (Eaton et al., 2006). Tyto statistiky podtrhují význam porozumění riskantním volbám a činům u dospívajících (Casey et al., 2008).

Byla vyslovena řada kognitivních a neurobiologických hypotéz o tom, proč se adolescenti chovají rizikově. V přehledu literatury o vývoji mozku u adolescentů Yurgelun-Todd (2007) naznačuje, že kognitivní vývoj je v období dospívání spojován s postupně vyšší účinností kapacit kognitivní kontroly. Tato účinnost je popsána jako závislá na zrání prefrontální kůry, o čemž svědčí zvýšená aktivita v ohniskových prefrontálních oblastech (Tamm et al., 2002). Pokud by kognitivní kontrola a nezralá prefrontální kůra byly základem rizikového chování, pak by děti měly vzhledem k jejich méně vyvinuté prefrontální kůře a úrovni kognitivních schopností činit nápadně podobná nebo dokonce horší rozhodnutí než adolescenti. Samotná nezralá prefrontální kůra tedy nemůže odpovídat za chování dospívajících.

Přehled literatury konkrétně naznačuje, že impulzivita s věkem během dětství a dospívání klesá (Casey et al 2005; Galvan et al., 2007) a je spojena s vleklým vývojem prefrontální mozkové kůry (Casey et al., 2005).

Rizikové chování můžeme chápat i jako produkt biologicky řízené nerovnováhy mezi zvýšeným hledáním novosti a senzací ve spojení s nezralou „samoregulační kompetencí“ (Steinberg, 2004).

3.3 Dospívající a psychosociální vývoj

„Součástí dospívání je pocit, že kolem dokola není nikdo, kdo by se člověku natolik podobal, aby mu rozuměl.“ (Irving, 2003, s. 63).

Další důležitou roli v rozvoji dospívajících hraje sociální kontext, ve kterém dospívající vyrůstá. Prostředí a životní okolnosti přispívají k rozvoji protektivních či naopak rizikových faktorů, které podporují úspěšný přechodu do dospělosti nebo mu brání.

Rozvíjí se sebepojetí, což je umožněno abstraktním myšlením. Chápání sebe sama je však často plné rozporů. Dospívající se může považovat za šťastného, vtipného, inteligentního, ale zároveň náladového, bezradného, ztraceného (Tyler, 2020). Tyto rozpory s uvědoměním si, že jejich (dospívajících) vlastní osobnost a chování se mění v závislosti na tom, s kým jsou a kde se nachází, mohou přinášet pocit rozporuplnosti. V přítomnosti rodičů se mohou zdát rozzlobenější a mrzutější, s přáteli naopak otevřenější, uvolněnější a ve škole klidnější, opatrnější. To je může vést k zamyšlení se nad tím, jaké je jejich skutečné opravdové já (Jordan, 2000). Harter (2012) zjistil, že adolescenti více než děti oceňují rysy, jako je přátelskost a ohleduplnost. To umocňuje jejich pochyby a přemýšlení nad tím, jak je asi vidí ostatní. Harter (2012) dále zjistil, že starší dospívající oceňují hodnoty a morální standardy.

Se změnou sebepojetí se pojí i vývoj sebeúcty. Vedle akademické, sociální, vzhledové a fyzické / atletické dimenze sebeúcty dospívající přidávají také vnímání své kompetence v romantických vztazích, v zaměstnání a v blízkých přátelstvích (Harter, 2012). Sebeúcta často klesá, když adolescent přechází z jednoho školního prostředí do druhého, například při přechodu ze základní na střední školu nebo z nižšího gymnázia na vyšší (Ryan et al., 2013). Tyto poklesy jsou obvykle dočasné, pokud se k tomu nepřidají další stresory například konflikt rodičů nebo jiné narušení rodiny (De Wit et al., 2011). Sebeúcta stoupá u většiny teenagerů od poloviny do pozdního dospívání, zvláště pokud se cítí kompetentní ve svých vztazích s vrstevníky, ve svém vzhledu a atletických schopnostech (Tyler, 2020).

Erikson (1996) věřil, že hlavním úkolem dospívání je vytvoření identity. Dospívající je konfrontován s otázkou „Kdo jsem?“ V ní jsou zahrnuty otázky týkající se vzhledu, volby povolání a profesních aspirací, vzdělání, vztahů, sexuality, politických a sociálních názorů, osobnosti a zájmů. Erikson (1996) vnímal adolescenci jako období zmatku a experimentování s identitou a životní cestou. Během dospívání zažíváme psychologické

moratorium, kdy se dospívající při zkoumání možností vzdali závazku k identitě. Vyvrcholením tohoto zkoumání je soudržnější pohled na sebe. Ti, kteří neúspěšně vyřeší tuto fázi se dále mohou buď stáhnout do sociální izolace, nebo ztratit v davu. Novější výzkumy však naznačují, že jen málokdo opouští toto věkové období s dosažením identity a že většina utváření identity nastává během mladé dospělosti (Côté, 2006). Identita je dle Blatného (2017) spojena s neustálým procesem sebepoznávání a schopností propojovat svoji minulou a přítomnou zkušenost s představou vlastní budoucnosti.

Pokud děti nejsou schopny dosáhnout kompetence ve vývojových úkolech typických pro toto období, může to ovlivnit jejich sebevědomí a sebeúctu (Dunkel & Sefcek, 2009). Podle Eriksona (Dunkel & Sefcek, 2009) vývojové úkoly v této životní fázi zahrnují:

- utváření vlastní identity,
- zkoumání hodnot,
- porozumění emocí a budování vlastních postojů,
- dosažení autonomie a nezávislosti na rodičích (Dunkel & Sefcek, 2009).

Často se objevuje konflikt a vzpoura, plynoucí ze snahy dospívajících zajistit si více svobody. U adolescentů můžeme považovat za normální, že testují limity své i druhých, posouvají hranice, rebelují proti pravidlům, společenským očekáváním a inklinují k rizikovému chování (jako je experimentování s alkoholem, s drogami) ve snaze získat autonomii odpovídající věku. S rozvojem identity adolescenta je spojeno prozkoumávání hodnot, víry a smyslu života (Vágnerová, 2012).

Vývojový úkol hledání identity zahrnuje postupné přijímání tělesných změn, rozvíjení kognitivních dovedností, rozvíjení společensky odpovědného chování, výběr kariérního směřování, vytváření komplexnějších emocionálních vazeb s ostatními, stejně jako rozvíjení morálky, hodnot a vlastní životní filozofie (Erikson, 1996). Získání těchto dovedností, hodnot a znalostí je nedílnou součástí utváření identity dospívajícího a často se objevuje jako téma, které dospívající přinášejí do psychoterapie.

Při budování genderové identity ukazuje se, hrají významnou roli vrstevníci (Kornienko et al., 2016). Výzkumy naznačují, že adolescenti mají tendenci rozvíjet přátelství s vrstevníky stejného pohlaví. Kromě toho se v rané fázi adolescence navzájem ovlivňují, pokud jde o negativní nebo pozitivní pocity vůči opačnému pohlaví (Kornienko et al., 2016). Například mění své pocity, ať už negativní nebo pozitivní, takovým způsobem, aby

odpovídaly pocitům jejich vrstevníků. Studie Kornieka a kol. (2016) naznačuje, že mladí adolescenti pocítují tlak přizpůsobit se svým vrstevníkům a navzájem se formují, pokud jde o socializaci a tvorbu norem chování.

Studie naznačují, že adolescenti, kteří si nejsou jistí svou identitou, mají větší sklon bojovat s přechody, mají více problémů s korigováním emocí, jako je hněv a úzkost (Becht et al., 2016). Klíčovou roli v psychoterapii tak hraje podpora zaměřená na hledání a vytváření vlastní identity.

Dospívající, kteří si nejsou jistí svou identitou a jsou zmatení ohledně svého pocitu sebe sama, jsou náchylní k potížím ve vztahu s druhými a k riskantnímu chování, jako je sexuální chování v mladém věku (Dunkel & Sefcek, 2009). Nejen v psychoterapii je u dospívajících užitečné věnovat se podpoře pocitu osobní pohody, rozvíjení sebevědomí a sebeúcty.

Rizikové faktory

Mezi známé rizikové faktory přispívající k negativnímu vývoji patří zejména chudoba, dlouhodobé rodinné znevýhodnění, domácí násilí a zneužívání, týrání, zanedbávání, jakož i mnohonásobné umístění mimo domov a nedostatek kontaktu s rodinou adolescenta (Coleman et al., 2007).

Vystavení rizikovým faktorům má dopad nejen na dospívající a jejich rodiny, ale na celou komunitu, zvyšuje riziko negativní prognózy zahrnující sociální, psychologické a behaviorální problémy, což může vyústit v omezení životních příležitostí (Coleman et al., 2007).

Ochranné faktory

Někteří jedinci i navzdory špatným životním podmínkám vykazují pozoruhodnou odolnost a zdá se, že se dobře vyrovnávají s přicházejícími situacemi a jsou schopni se jim adaptivně přizpůsobit. Tito dospívající jsou schopni čerpat z různých zdrojů, což jim umožňuje zvládat výrazný stres, trauma a jiná protivenství. Soubor individuálních, rodinných a komunitních zdrojů, označujeme souhrnně jako **ochranné faktory** (Coleman et al., 2007).

Výzkum zaměřený na optimální vývoj mládeže rozlišuje ochranné faktory na 3 úrovních. Jsou jimi:

– individuální úroveň,

- sociální úroveň,
- kontextová úroveň, která zahrnuje atributy rodiny a komunity (Coleman et al., 2007).

Cluver a Gardner (2007) uvádějí, že rodinné a sociálně ochranné faktory včetně prosociálních vzájemných vztahů a pozitivní činnosti jako je sport, tanec a čtení, jsou spojeny s nižší úrovní úzkosti a deprese u dospívajících v jihoafrickém kontextu.

Mezi ochranné faktory u ohrožených dětí patří jmenovitě **naděje** (Hagen et al., 2005), **pozitivní sebepojetí** (Cicchetti, 2010), **stanovení cílů a orientace na dosažení cílů** (Cicchetti, 2010), **prosociální hodnoty, vztahy a chování** (Milkman & Wanberg, 2012;) a **rozvoj dovedností** (Coleman et al., 2007). Posílení těchto faktorů může posloužit jako „nárazník/obrana“ proti stresovým životním okolnostem v období dospívání.

Erikson (1996) chápal dospívání jako most mezi dětskou morálkou opírající se o pravidla daná autoritami, a morálkou dospělých, založené na internalizovaných normách. Dochází k rozvoji osobní morálky, což umožňuje rozvoj abstraktního myšlení, díky čemuž jsou dospívající schopni řešit otázky dobra a zla (Macek, 2003). Kohlberg se domnívá, že pro většinu adolescentů je typická konvenční úroveň s charakteristickými znaky jako jsou: zaměření na vzájemné vztahy a zaměření na zákon a řád, kdy morální vývoj je spojen růstem reflektivního způsobu myšlení. Zároveň upozorňuje, že i někteří dospívající mohou dosáhnout postkonvenční úrovně morálky, tedy orientovat se na společenskou smlouvu, na univerzální etické principy, vlastní svědomí a respektování práv (Macek, 2003). Význam vrstevníků a citlivost na jejich uznání, potřeba být přijímaný, ztěžuje morální jednání v tomto období.

Přestože prožitek samoty zažíváme už v dětství, stává se zvláště výrazným zejména během dospívání. Počínaje průkopnickou studií Csikszentmihalyiho a Larsona (1984), kteří v „samotě“ identifikovali „cenu, kterou je třeba zaplatit“ za dospívání, řada dalších studií ukázala, že pocity osamělosti provázejí chlapce a dívky již od rané fáze dospívání (Goossens 2006). Konstelace relačních procesů typických pro období raného dospívání, zejména druhý proces separace a individuace a redefinice mezilidských vztahů (Bukowski et al. 2009), vede jednotlivce k tomu, aby zažívali solitérní zkušenosti. Na jedné straně zažívají autonomii způsobenou hledáním okamžiků, kdy mohou být sami a vzdálit se tak od rodičů, na druhé straně se snaží vyhybat tomu, aby byli sami, protože se obávají vyloučení ze strany vrstevníků a následné izolace (Laursen & Hartl 2013). Oscilace mezi hledáním, strachem ze

samoty, pocity osamělosti a potřebou vzájemného kontaktu může mít za následek odlišné, více či méně adaptivní vývojové trajektorie (Goossens 2006).

3.4 Dospívající a duševní onemocnění

DSA se zaměřuje na komunikační problémy, vztahové problémy (s rodiči, s vrstevníky), krizi dospívání, zhoršení školního prospěchu, záškoláctví, útěky z domova, neadekvátní řešení konfliktních situací, šikanu... Stejně tak ale na emoční, adaptační, psychosomatické a neurotické poruchy, poruchy příjmu potravy, počínající nebo odeznívající schizofrenní epizody, symptomatický abúzus návykových látek a posttraumatickou stresovou poruchu ((Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK v Praze, nedatováno). To jsme zohlednili při tvorbě této podkapitoly.

Jeden z 5 dospívajících má zkušenost s duševním onemocněním (Lee et al., 2014). Problémy v oblasti duševního zdraví lze obecně rozdělit na poruchy externalizace, včetně poruch chování a opozičního vzdoru, poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD), a internalizace, včetně úzkosti a deprese (Levesque, 2011). Prevalence externalizujících symptomů u adolescentů je přibližně 19 %, zatímco internalizující příznaky se vyskytují u 14–32 % amerických adolescentů, přičemž obě skupiny příznaků vykazují napříč adolescencí převážně podobné vývojové trajektorie (Merikangas, 2010).

Počet mladých lidí (ve věku od 16 do 24 let) potýkajících se s některým z duševních onemocnění se za posledních 30 let ztrojnásobil. Z toho 25% se z důvodu úzkosti, deprese, poruch osobnosti nebo poruch chování nedařilo zapojit do pracovního procesu. Zejména u adolescentních žen došlo k výraznému nárůstu deprese a úzkosti. Studie naznačují, že dospívající dívky trpí více než chlapci stejného věku vyšší mírou depresivity, a to i v porovnání se staršími ženami. Chlapci zase vykazují vyšší míru mánie (Ciesielski, 2020). Kromě duševního utrpení, které tyto poruchy s sebou nesou také velké riziko chronifikace duševního onemocnění a zvýšenou pravděpodobnost suicidia. Stejně jako u dospělých i u dospívajících se setkáváme s duálními diagnózami (Merikangas, 2010).

Například dospívající s **ADHD** mohou být častěji ohroženi abúzem návykových látek (Kalina, 2015), depresí, úzkostí, poruchami příjmu potravy a poruchami chování

(Malá, 2008). Biederman et al. (1994) uvádějí, že 1/3 dospělých žen s ADHD trpí depresí, 70,6 % se v minulosti setkalo s užíváním návykových látek, úzkostnými poruchami, agorafobií či sociální fóbií. Včasná diagnostika ADHD u dívek je důležitá. Existují totiž protektivní faktory bránící zhoršování symptomů a rozvoji výskytu komorbidních poruch. V psychodiagnostice dospívajících je potřeba mít teoretický přehled o všech komorbiditách a vývojové specifikaci dospívání.

Posttraumatická stresová porucha prožitá v dětství či dospívání jako reakce na traumatický zážitek či prožití závažné stresové situace představuje riziko ovlivňující následný biologický i psychosociální vývoj. Děti a dospívající nemají ještě zralou osobnostní strukturu, jsou závislí na interpersonálním okolí, což ztěžuje proces zvládnání a vyrovnávání se se zátěžovou situací. Za traumatické zážitky jsou považovány situace, kdy je dospívající vystaven týrání, sexuálnímu zneužívání, válce, ztrátě blízké osoby, domácímu násilí nebo situacím hrožící smrti. Terapie i diagnostika PTSP je zejména u menších dětí komplikovaná kvůli emoční, kognitivní i vztahové nezralosti dítěte. V současnosti se odlišuje PTSP jako následek nečekané jednorázové ohrožující události a komplexní PTSP vzniklá dlouhodobě opakovanou traumatizací, ke které dochází především v interpersonálním kontextu dítěte (Kocourková & Koutek, 2019). Zdá se, že například kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma má lepší účinnost ve srovnání s jinými způsoby léčby PTSP (Bisson & Andrew, 2007). Obecně se doporučuje edukovat v oblasti PTSP rodiče, zvýšit informovanost školy, kam dítě dochází, konzultovat s ošetřujícím pediatrem, doporučit na trauma zaměřenou psychoterapii¹² a farmakoterapii (Kocourková & Koutek, 2019).

Výzkumy dále poukazují na význam vztahu mezi interpersonálními konflikty a **depresí** u adolescentů. Chování dospívajícího s depresí vede k narušení jeho vztahů s ostatními, což zvyšuje nebo alespoň udržuje riziko depresivní symptomatologie. Bylo prokázáno, že interpersonální stresory jsou s depresí silněji spojeny než stresory non-interpersonální (Rudolph et al., 2000). Rudolph et al. (2000) prozkoumali depresivní model životního stresu s cílem posoudit vztah mezi stresem a depresí u adolescentů. Zjistili, že při spojování vyššího stresu s výraznějšími depresivními příznaky byl interpersonální epizodický a chronický stres (tj. stres vyvolaný z interpersonálních zdrojů jak v konkrétních událostech, tak v průběhu času) signifikantně více korelován s depresí než stres pocházející

¹² Zahrnující prvky KBT, psychodynamické terapie a rodinné terapie, herní terapie a arteterapie.

z jiných zdrojů. Významně výraznější byla korelace u dívek než chlapců. Kromě toho Klomek et al. (2007) zjistili souvislost mezi špatnými vzájemnými vztahy a zvýšenými depresivními příznaky mezi studenty na šesti středních školách v New Yorku; bylo zjištěno, že problematické vztahy s vrstevníky, charakterizované jako vzájemná viktimizace a nedostatek propojenosti, byly spojeny s častějším výskytem depresivních příznaků a v mnoha případech by se skutečně mohly kvalifikovat jako zkušenost na úrovni mezilidských traumat. Další studie zjistily, že interpersonální konflikty s rodiči a vrstevníky se u adolescentů trpících depresí objevují častěji než u těch, kteří depresí netrpí. Výzkumníci zjistili, že depresivní adolescenti měli s rodiči méně podpůrné a konfliktnější vztahy než adolescenti bez potíží s duševním zdravím (Sheeber et al., 2007). Studie podpořila význam relačního posunu od méně rodičovské kontroly ke zvýšené autonomii ve vztahu adolescent – rodič, přičemž konkrétně zdůraznil, že potíže s přechodem k autonomii mohou souviset s depresivními příznaky.

Depresivní epizoda v dospívání zvyšuje riziko následných budoucích epizod deprese, které mají často závažnější průběh. Depresivní příznaky jsou spojeny se zvýšeným rizikem depresivních epizod, jiných somatických zdravotních obtíží, komorbidních problémů v oblasti duševního zdraví, především sebevražd a úmyslného sebepoškozování. Osobní a společenské náklady na léčbu deprese lze snížit pomocí preventivních programů zacílených na depresi, což z dospívání činí důležité období prevence (Danielson et al., 2003).

Deprese v období dospívání má dlouhodobý charakter, přispívá k sociální nestabilitě jedince, podílí se na zvýšení rizikového chování vedoucího k sebevraždě či abúzu drog. Jako důležitá se jeví podpora informovanosti rodičů a zaměstnanců školy, a sice ohledně projevů deprese u dospívajících jako jsou snížení schopnosti udržet pozornost, obtíže s usínáním a probouzením a také zvyšuje výskyt nepříjemných, děsivých snů. Dospívající je posmutnělý, stažený, podrážděný, dominují pocity zoufalství, beznaděje a nudy. Typické je rychlé střídání nálad s dominancí pokleslé nálady. Může se rozvíjet sociální fobie, strach z odmítnutí současně s nezájmem o sociální kontakt, strach ze selhání v běžných aktivitách a sebevražedné rozvahy a jednání (Danielson et al., 2003).

Častým jevem v období dospívání je i **sebeпоškozování**, které přitahuje stále větší pozornost v řadě zemí a postupně se stává důležitým tématem sociální politiky a zkoumání. Ve Velké Británii je to jeden z hlavních důvodů pro akutní hospitalizaci. Tématu sebepoškozování je věnovávána pozornost v Národní strategii prevence sebevražd pro

Anglii (Platt et al., 2019). Vypracování pokynů pro praxi zacílených na sebepoškození je dále prioritou pro Irskou národní strategii pro prevenci sebevražd, Národní strategii pro prevenci sebevražd v Austrálii a věnují se mu i belgické a norské akční plány. Povědomí o rozsahu problému sebepoškození – kdy se objevuje, kdo je nejvíce ohrožen a jaká je požadovaná úroveň podpory – je nedostatečné. Jednotlivé epizody sebepoškození často vedou k jeho opakování (Evans et al., 2005), což znamená že sebepoškození často může být předzvěstí dokonané sebevraždy (Hawton & Heeringen, 2000).

Definice sebepoškození se částečně liší podle toho, zda dospívající konají se sebevražděným úmyslem či bez něho. Rozdíly vyplývají také z použití odlišných metodik: dokonce i nálezy z komunitních průzkumů nejsou nutně kompatibilní, protože formulace otázek o sebepoškození a to, zda jsou informace shromažďovány anonymně, se projeví ve výsledných datech/ovlivní výsledky studií (De Wilde et al., 1994).

Úzkost je u dospívajících podobně jako deprese celospolečenským problémem. Ve skutečnosti je úzkost, často spojená s depresí jako internalizující poruchou, nejčastěji se vyskytujícím duševním onemocněním u dospívajících (Merinkangas et al., 2010). Celoživotní prevalence úzkostných poruch u dospívajících je jen něco málo přes 30 % (Merinkangas et al., 2010). Vývojově má úzkost oproti depresi nižší věk nástupu (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2012). Některé studie zjistily, že úzkost začínající v dětství předchází depresi, která začíná v dospívání (Keenan et al., 2009), zatímco jiné studie uvádějí, že existuje vzájemný tedy obousměrný vztah mezi úzkostí a depresí u dětí a dospívajících (Hale et al., 2009). Úzkost se často vyskytuje současně s depresí a bylo zjištěno, že u adolescentů s depresí je vyšší riziko vzniku úzkostné poruchy ve srovnání s adolescenty bez deprese (Gladstone et al., 2020). Epidemiologické studie naznačují, že 30–75 % dětí nebo dospívajících s depresí má komorbidní úzkost (Angold & Costello, 1993). Proto musí prevence a léčba deprese u dospívajících brát v úvahu i úzkost (Gladstone et al., 2020).

Poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) běžně začínají v dospívání a jsou spojeny s výrazným funkčním poškozením, vážnými lékařskými následky a zvýšeným rizikem úmrtí (Arcelus et al., 2011). S ohledem na dobře zdokumentovanou zátěž spojenou s poruchami příjmu potravy a jejich důsledky u dětí, dospívajících a jejich rodin (Zabala et al., 2009) nám zůstává naléhavá potřeba identifikovat doplňkovou nebo alternativní léčbu. Poruchy příjmu potravy mají významný dopad na duševní zdraví (Hay et al., 2015). Na mysli máme

komorbidní obezitu (Brody et al., 2005), depresivní příznaky, úzkost (Watson et al., 2012) zneužívání návykových látek, pokusy o sebevraždu (Wilson et al., 2003) a vysokou míru úmrtnosti a relapsu (Smink et al., 2012). PPP jsou vnímány jako kulturně vázané syndromy (Pike et al., 2014). Kulturní faktory jsou pro pochopení vývoje PPP zásadní (Lewis-Fernández & Kleinman, 1994).

PPP jsou charakteristické extrémním narušením jídelního chování doprovázeným závažnými důsledky na úrovni tělesného i psychického zdraví, mají dopad na sociální život a pracovní výkon nemocného (Krch, 2010). Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii, zvracení spojené s psychologickými poruchami a poruchy přijímání jídla (MKN-10).

Typickými projevy u těchto nemocí jsou obavy z tloušťky, manipulace s jídlem sloužící ke snížení hmotnosti a zkrácené vnímání vlastního těla. Jde o psychická onemocnění, tzn. že chování spojené s anorexií či bulimií není nemocný člověk schopen od určitého stadia ovládat, a tudíž se nemoci bez pomoci druhých nemůže zbavit. Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky (především u anorexie), nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava (ÚZIS, 2015).

3.5 Specifické aspekty psychoterapie u adolescentů

Havighurst (1972) shrnul výzvy čekající na dospívající během plnění vývojových úkolů, na které by odborníci pracující s touto skupinou měli pamatovat. Jmenovitě jde o navazování nových zralých vztahů, přijetí sexuální role a vlastního těla, emoční nezávislost na rodičích, přípravu na zaměstnání a rodinný život dospělých, osvojování hodnot a stávání se plnohodnotným členem společnosti, který je zodpovědný za své chování.

Pokud jde o psychoterapii s dospívajícími, například mindfulness-based interventions, zkráceně MBI, a podobné programy mohou pro dospívající představovat výzvu, jelikož cíleně pracují s uvědomováním si vlastního těla, pocitů, myšlenek a světa kolem sebe, což je pro dospívajícího, který už tak zažívá změny ve všech zmiňovaných oblastech, náročné. Nejen MBI je tak třeba přizpůsobit vývojovým výzvám a změnám provázejícím toto období. Je užitečné při nastavování vhodného psychoterapeutického programu brát v úvahu následující aspekty související s věkem (Dunning et al., 2019).

Kognitivní úroveň: Nově získaná schopnost přemýšlet na metakognitivní¹³ úrovni otvírá možnost začlenit do psychotherapeutické léčby například užití metakognitivních strategií (Simons, 2012). Metakognitivní terapie (MCT¹⁴) je přizpůsobena konkrétním zkušenostem za použití mnoha metafor (Simons, 2018). Práci s metaforou využívá a doporučuje i terapie zaměřená na řešení (Zatloukal & Žákovský, 2019) a není cizí ani dalším terapeutickým směrům.

Motivace: Závazek¹⁵ je jednou z hlavních výzev psychotherapeutů pracujících s dětmi a dospívajícími, jelikož většina dospívajících je do terapie přivedena rodiči, učiteli či na doporučení pediatra případně dětského psychiatra. S tím pracuje například program dialektické behaviorální terapie pro dospívající (DBT-A), který klade silný důraz na vytvoření strategie závazků (Miller et al., 2007), dále přístup MBI pro děti (Van der Oord et al., 2012) a pro dospívající (Geisler & Muttonhammer, 2016) či přístup zaměřený na řešení (SFBT) (Zatloukal & Žákovský, 2019). Se závazkem a mapováním motivace na straně dospívajícího a jeho zákonných zástupců pracuje cíleně i terapeutický tým DSA v rámci úvodního přijímacího pohovoru s vedoucí lékařkou a následně i během přímé terapeutické práce s psychotherapeuty a psychiatrickou sestrou.

Srovnávání s ostatními: Na utváření vlastní identity se podílí procesy srovnávání sebe sama a svých (ne)úspěchů s ostatními. Od školních výsledků, volnočasových aktivit, navazování vztahů, zdraví až po vzhled a rodinné zázemí. Porovnávání se s druhými je důležitým faktorem, se kterým je nutné počítat i v procesu psychotherapie. Skupinová psychotherapie těchto aspektů přímo využívá a cílí na ně, konkrétně podporou vzájemné zpětné vazby, sdílení zkušeností, kontaktu s jinakostí, různých úhlů pohledu na určitou situaci za vytvoření bezpečného prostředí, v němž každý může vyjádřit svůj názor, a to za

¹³ Metakognice je poznávání toho, jak poznáváme tzv. „poznávání na druhou“ (Hartl & Hartlová, 2015). Zahnuje schopnost plánovat, monitorovat, vyhodnocovat postupy, které volíme vědomě během procesu učení a poznávání. Jedná se o způsob práce s našimi myšlenkami a emocemi, jinak řečeno, co si myslíme, co cítíme a proč něco děláme.

¹⁴ Metacognitive therapy česky metakognitivní terapie je relativně nový přístup k léčbě duševních poruch. V současné době se její účinnost zkoumá u pacientů s PTSP, úzkostných poruch, poruch nálad, OCD a cíleně začíná i u dospívajících s diagnózou úzkosti a deprese. Prvotní závěry ukazující na účinnost MCT při skupinové práci s dospívajícími (Thorslund et al., 2020).

¹⁵ V zahraniční literatuře se objevuje slovo commitment

vzájemného respektu všech členů skupiny (dospívajících i odborného personálu). To se pak podílí na snižování či zvyšování sebevědomí a sebeuvědomování dospívajícího. Zvyšování sebeuvědomování jakožto důležitý aspekt procesu změny uvádějí již dříve zmiňovaní autoři Norcross et al. (2011), což povzbuzuje význam užití skupinové psychoterapie u dospívajících. Geisler a Muttonhammer (2016) zároveň upozorňují, že je užitečné srovnávání se s ostatními v rámci skupinové praxe vyvážit individuálním přístupem. Jako příklad zmiňují možnost umožnit adolescentům praktikovat některá relaxačních cvičení individuálně a v tichosti, s minimální zpětnou vazbou, což se například na DSA uskutečňuje v rámci nácviku relaxací a skrze možnost využít individuální sezení s terapeutem.

Stud: Pocity studu či rozpaků¹⁶ v nás obvykle vyvolává situace, kterou vyhodnotíme jako naše selhání, či moment, kdy máme pocit, že jsme nenaplnili očekávání svá či druhých, ale také když se hovoří o něčem velmi intimním. Rozpoznání pocitů studu u dospívajících je pro psychoterapii velmi důležité, protože může mít zásadní význam pro porozumění a práci s určitými příznaky, ale zároveň může stud vést až k předčasnému ukončení léčby ze strany adolescenta (Dearing & Tangney, 2011). U dospívajících je stud nejčastěji vyvolán zaměřením pozornosti na vlastní tělo nebo na myšlenky a pocity, na které se jedinec snaží v dané chvíli spíše zapomenout s cílem udržet si pocit „jsem v pohodě“. Naučit se s prožíváním studu pracovat by dle Hookera a Fodora (2008) mohl pomoci například trénink všímavosti či jiné formy relaxace, avšak je třeba být si vědomi i možného zvýšení momentálně prožívaného studu (např. u poruch příjmu potravy, kdy soustředění se na vlastní tělo je pro dané pacienty značně nepříjemné až kontraindikací, záleží na BMI a momentálním stavu dotyčného), odborníci by si měli být vědomi tohoto možného účinku.

Autonomie: Jednou z hlavních vývojových výzev dospívání je dosažení emoční nezávislosti na rodičích. Jak bylo zmíněno výše, vrstevníci a jejich názor se stávají pro dospívajícího důležitějšími, což napomáhá procesu oddělení se od primární rodiny. Výsledkem toho je, že se adolescenti snaží o samostatnost a o určitou formu separace od rodičů (Levesque, 2011). To může být jedno z vysvětlení často zažívaného odporu vůči

¹⁶ Pocit studu dle odborníků vzniká až zpětně, po určité události, oproti tomu rozpakům přisuzují více „tady a teď“ v ohledu k prožívání/situaci. V rámci této práce však budeme stud a rozpaky chápat jako synonyma.

různých psychotherapeutickým intervencím u adolescentů, protože (intervence) přicházejí od dospělých.

S ohledem na to, že v rámci programu DSA se dospívající zapojují do skupinové psychoterapie, nastíníme i pracovní mechanismy probíhající ve skupinové psychoterapii s dospívajícími. Výzvy ve skupinové psychoterapii u adolescentů se částečně překrývají s vývojovými výzvami při přechodu z dospívání do dospělosti, jak bylo popsáno výše. Nabízejí zároveň alternativní pohled na psychotherapeutický proces. Stejně jako skupinová psychoterapie pro dospělé, i mnoho skupinových programů pro dospívající se zaměřuje na konkrétní intervence (např. psychoedukaci, nácvik nového chování, hraní rolí aj.).

Byly navrženy a diskutovány obecné pracovní postupy skupinové psychoterapie dospívajících. Haen a Aronson (2016) informují o několika mechanismech skupinové práce, které původně navrhli Yalom a Leszcz (2016) (pro skupiny dospělých, ovšem tato dvojice je zkoumala v kontextu dospívajících (Haen & Aronson, 2016). Patří mezi ně:

- univerzálnost,
- předávání informací,
- rekapitulace rodinné zkušenosti,
- altruismus,
- socializační techniky,
- soudržnost,
- rozvíjení pocitu naděje a důležitosti mezilidských vztahů (Haen & Aronson, 2016).

Trénink všímavosti, relaxací a sdílení jednotlivých zkušeností během skupinových aktivit¹⁷ může podpořit a rozvíjet pocit univerzálnosti díky zacílené pozornosti a změně na úrovni poznání. Zejména u adolescentů může být sdílení osobních nebo intimních myšlenek spojené s pocity studu a strachu plynoucími z možného souzení a hodnocení ostatními členy skupiny. Proto se vytvoření a podpora pocitu soudržnosti a důvěry ve skupinu jeví jako nezbytný úkol skupinové psychoterapie. Pocit sounáležitosti, pospolitosti a důvěry ve skupinu je často novou zkušeností pro dospívajícího s psychickými problémy a díky procesu

¹⁷ Od skupinových psychoterapií, samořídících skupin až po arteterapeutické a ergoterapeutické skupiny

identifikace se skupinou může sehrát významnou roli při procesu formování pozitivního pohledu na sebe sama (Haen & Aronson, 2016).

Intervence založené na soucitu, by mohly podpořit rozvoj altruismu (Leiberg et al., 2011). I ve skupinovém prostředí lze postoj altruismu realizovat podporou napomáhajícího chování. Při skupinové terapii by proto měla být brána v úvahu nejen práce s rodiči, ale také s vrstevníky kolem dospívajícího klienta (Leiberg et al., 2011). Příklady skupinových programů, které cíleně pracují s vrstevnickými vztahy, lze najít v sociální práci například s problémovou mládeží či ve většině psychiatrických nemocnicích. Například Positive Peer Culture (Vorrath, & Brendtro, 1985) se zaměřuje na implementaci velkorysosti a prosociálního chování v programu zaměřeném na dospívající. Dalšími příklady jsou trénink sociálních kompetencí pro dospívající, který zahrnuje hraní rolí ve skupině a následnou diskusi o významu jednotlivých aspektů interpersonálního chování (Petermann et al., 2010). V České republice skupinovou práci s vrstevnickou skupinou nabízí například ADicare využívající metodu Motivation Interviewing, jejímž základem je posílení vnitřní motivace, sebekontroly, zdravé sebeúcty, nastolení důvěry a pevného vztahu mezi terapeutem a mladým člověkem. Dále centrum Anima Dále centrum Anima – terapie v programu K2, (pro dospívající a mladé dospělé (15–20 let)) a řada dalších.

4 Výzkumná část

4.1 Cíle výzkumu

Při zpracovávání teoretické části jsme narazili na problematiku subjektivního popisu prožívání a chápání změny, přičemž z pohledu dospívajících se tomuto tématu zatím u nás nevěnovalo příliš pozornosti. Většina výzkumných projektů je zaměřená na dospělou populaci, jelikož realizace výzkumu s dětmi a dospívajícími bývá nákladnější kvůli tomu, že je potřeba zapojit i jejich rodiče, učitele, odborný personál. V zahraničí se subjektivnímu vnímání a prožívání změn v psychoterapii z pohledu dospívajících věnují více.

Jedním z cílů této práce je tak otevřít diskusi a přitáhnout pozornost k dospívajícím a psychoterapii v komunitním prostředí. Výzkumný projekt je kvalitativního charakteru, konkrétně jsme zvolili metodologii konstruktivistické zakotvené teorie. Vycházíme tedy z teoretické části práce a zároveň ji doplňujeme průběžně s realizací výzkumné části, jak je charakteristické pro zakotvenou teorii.

Hlavním cílem předloženého výzkumu je **porozumět podstatě zkušenosti prožívání změny u dospívajících, kteří využívají služeb Denního stacionáře pro adolescenty. Dále zachytit a popsat aspekty programu, které mohou přispívat k procesu změny, a to právě z pohledu dospívajících klientů DSA.** Tento cíl je saturován jednotlivými výzkumnými otázkami, které se na aspekty změn zaměřují konkrétněji.

Denní stacionář pro adolescenty jsme zvolili proto, že představuje určitou alternativu k hospitalizaci a ambulantní péči, která je na území České republiky ojedinělá. DSA umožňuje řadě adolescentů plynulejší přechod mezi hospitalizací a následným návratem do normálního života. V některých případech slouží jako mezikrok před samotnou hospitalizací. Dalším důvodem je koncepční uchopení komunitní péče stacionářem a integrativní přístup psychoterapeutického týmu, který do jisté míry odpovídá zahraničním modelům komunitní práce s dospívajícími. Posledním důvodem je skutečnost, že autorka výzkumu na stacionáři pracuje a změny, které mohla v průběhu let pozorovat a vyslechnout, ji inspirovali k hlubšímu zkoumání.

4.2 Výzkumné otázky

Pro potřeby této práce bylo široké téma změn z pohledu dospívajících klientů DSA zúženo na 2 základní oblasti. Výzkumná práce, se pomocí témat získaných aplikací analýzy, snaží zodpovědět výzkumné otázky, které byly stanoveny následovně:

- Otázka 1: Co dospívající klienti DSA považují za změnu a jak ji prožívají?
- Otázka 2: Jaké aspekty komunitní psychoterapie na DSA vnímají za podporující v procesu změny?

4.3 Charakteristiky Denního stacionáře pro adolescenty

DSA má kapacitu 15¹⁸ dospívajících. Zázemí stacionáře tvoří lékařský pokoj, sестerna, menší terapeutická místnost a školní třída; dále jídelna s odděleným kuchyňským koutem a oddělená psychoterapeutická místnost (zde probíhají skupinové psychoterapie a relaxace). Příjem i propouštění pacientů probíhá kontinuálně v 12týdenních léčebných cyklech (někteří pacienti využijí celých 12 týdnů, jiní ukončují léčebné docházení dříve; ukončení léčby je řešeno vždy individuálně po vzájemné domluvě multidisciplinárního týmu, pacienta a zákonných zástupců v případě nezletilých pacientů).

Terapeutický tým vede atestovaná dětská psychiatrická, dále ho tvoří sociální pracovnice s psychoterapeutickým výcvikem, psycholog v před atestační přípravě, komunitní sestra, arteterapeutka a studentka posledního ročníku magisterského studia oboru psychologie v psychoterapeutickém výcviku; dlouhodobě je umožněna stáž studentům psychologie, kteří započali psychoterapeutický výcvik (ti jsou součástí multidisciplinárního týmu a spolupodílejí se na zajištění psychoterapeutického programu). Psychoterapeutická práce týmu se dá shrnout jako integrativní/eklektická, jelikož jednotliví členové týmu mají psychoterapeutické zázemí různých směrů, vzájemně se doplňují a nabízejí tak klientům DSA širší záběr možností, jak se sebou pracovat a podpořit proces změny (od KBT, dynamicky orientovaných směrů, rogeriánských až po postmoderní systemické a rodinné směry).

¹⁸ od září byla kapacita navýšena na 20 klientů, ale vzhledem k epidemiologické situaci se počet přijímaných pacientů měnil, v době sběru dat byla maximální kapacita DSA 15 osob

Hlavní léčebnou metodou je skupinová psychoterapie sestávající z nestrukturované vedených skupin (3x týdně 90 minut, 2x týdně 60 minut), dále jsou do programu zahrnuty tematické arteterapeutické skupiny (2x týdně 90 minut), ergoterapie (2x týdně 60 minut), léčebná tělesná výchova (2x týdně 60 minut), relaxace, individuální a rodinné terapie.

Program na oddělení začíná pro část klientů samořídící skupinou, ti, co mají povinnou školní docházku začínají výukou zajištěnou Základní školou při VFN. Dále navazuje ranní komunita, která je místem společného setkání všech členů komunity (zdravotnického personálu, stážistů, klientů, učitelů) během níž vzniká prostor pro sdílení zážitků z předchozího dne, současného emočního naladění dospívajících, přivítání nových členů komunity či rozloučení s těmi odcházejícími. Dále se zde řeší organizační záležitosti týkající se daného dne. Komunita je prostorem pro zpětnou vazbu k fungování jednotlivých členů komunity (personálu i pacientů), sdílení terapeutických cílů a každé pondělí navíc i rozdělení jednotlivých služeb na oddělení.

Následuje relaxace (autogenní trénink, progresivní Jacobsonova relaxace či řízená imaginace), poté svačina následovaná skupinovou psychoterapií. Po ní je obědová pauza a na tu navazuje odpolední program zajišťovaný částečně rehabilitačním oddělením (ergoterapie) případně arteterapie probíhající přímo na stacionáři s arteterapeutkou. Jednou týdně pak mají klienti možnost účastnit se i canisterapie, která probíhá většinou ve čtvrtek dopoledne. Celý den je zakončen závěrečnou komunitou.

4.4 Etika výzkumu

Denzin s Lincolnem (2003) upozorňují na to, že v současné době se žádný výzkum neobejde bez reflexe svých etických dopadů a souvislostí. „Porozumění tomu, co druzí dělají či říkají, a převádění tohoto poznání do veřejné formy nutně zahrnuje morálně-politické závazky“ (Dudová, 2010). Ve výzkumu jsme k dospívajícím přistupovali způsobem zúčastněného hloubkově existencionálního porozumění, jak navrhuje Denzin a Lincoln (2003). Je třeba přemýšlet i nad tím, jaký hlas zprostředkujeme zkoumaným osobám ve výsledných publikacích, které se snaží zachytit popis jejich světa. S ohledem na to, že v naší práci byli dotazovanými dospívající, snažili jsme se o proniknutí do jejich světa významu, kategorií, bez hodnotících zásahů.

Před zahájením výzkumu byl výzkum schválen Etickou komisí VFN. Rozhodnutí komise je dostupné v příloze. Účastníci výzkumu a jejich zákonní zástupci v případě nezletilých probandů byli předem seznámeni s výzkumným projektem informativním

popisem výzkumu v tištěné podobě a zároveň ústně výzkumníkem, a to jak v případě ohniskové skupiny, tak v případě individuálních rozhovorů. Byli seznámeni s účelem výzkumu, s metodologií, délkou trvání rozhovoru, délkou trvání ohniskové skupiny, možnostmi zrušit či ukončit spolupráci, dále se zpracováním, uchováním a anonymizací dat pro výzkumné účely. Účast na výzkumu byla dobrovolná.

Účastníci (a jejich zákonní zástupci) obdrželi kontakt na hlavní řešitelku projektu pro případné dotazy, někteří projevíli i zájem o zaslání výsledné práce. Účastníkům výzkumu byl předložen (a jejich zákonným zástupcům v případě nezletilých pacientů) informační text shrnující výzkumný projekt (viz příloha), na základě doporučení EK VFN nebyly účastníkům předkládány k podpisu informované souhlasy kvůli zachování anonymity. Rozhovor byl veden s ohledem na intimitu a citlivost sdělovaných informací, která byla průběžně při rozhovoru s dospívajícími domlouvána tak, aby zůstávala pro dospívající komfortní, a přitom výzkumníkovi přinášela co nejvíce dat. Po rozhovoru měli dospívající možnost využít debriefingu bez pořízení audiozáznamu. V přepsaných rozhovorech byly smazány identifikující údaje a účastníkům výzkumu přiděleny písmena s číslicemi (D1-D7 u ohniskové skupiny a D01-D04 u individuálních rozhovorů), které byly používány po celou dobu analýzy dat i pro prezentaci výsledků.

Studentka navazujícího magisterského studia oboru Psychologie na FF UK – asistentka, která nám pomáhala v počáteční fázi výzkumu (pořizování zápisu z ohniskové skupiny), měla podepsanou mlčenlivost jako stážistka VFN a zároveň mlčenlivost o konkrétních skutečnostech výzkumu. Pořízený zápis z ohniskové skupiny předala hlavní řešitelce výzkumu a smazala veškeré kopie. Přepis dat z individuálních rozhovorů zpracovávala hlavní řešitelka projektu sama, ta je vázána mlčenlivostí ve VFN. Nahrávky rozhovorů i jejich přepisy jsou tak uchovány na jejím osobním datovém disku pod heslem, z diktafonu i počítače byly smazány; z externího disku budou smazány za 2 roky od obhajoby.

Každý participant byl ústní i písemnou formou obeznámen se záměrem výzkumu, jeho průběhem a plánovanými použitými metodami. Dospívající byli seznámeni se svými právy, dobrovolností zapojení do výzkumu a možnostmi výzkum kdykoli v jeho průběhu ukončit. Každému bylo vysvětleno, že jejich účast ve výzkumu nebude nést žádné výhody ani nevýhody v léčbě ani nepřinese žádnou odměnu, jak se strany výzkumníka, tak ze strany terapeutického týmu. Bylo zdůrazněno zachování anonymity získaných dat a mlčenlivost výzkumníka. Hlavní řešitelka výzkumu se zavázala, že nebude v průběhu výzkumu sdílet

získané informace s nikým z terapeutického týmu, ani s nikým z dospívajících klientů DSA. Při plánování realizace jednotlivých rozhovorů byl brán ohled na to, aby výzkum, pokud možno, minimálně zasahoval do programu DSA.

Pacienti byli předem informováni o tom, že z výzkumných rozhovorů budou pořizovány audio nahrávky, ze kterých bude následně pořízen přepis, při kterém budou veškeré identifikační údaje anonymizovány. Veškerá data byla uchovávána pouze pod číselným kódem (D01-D04) a byla uložena a zabezpečena na externím disku autorky diplomové práce. Doslovné přepisy rozhovorů nejsou součástí práce a jsou pouze na vyžádání.

V době zahájení výzkumu autorka projektu nadále fungovala na oddělení jako členka terapeutického týmu, tedy nadále se podílela na vedení skupinových psychoterapií, individuálních i rodinných setkání. Docházelo tak ke křížení rolí ve vztahu k pacientům, což bylo reflektováno.

Během rozhovorů byla snaha navodit příjemnou a bezpečnou atmosféru a klást otázky citlivě. Byl brán ohled na hranice jednotlivých pacientů při sdělování osobních informací. V průběhu rozhovorů byli dospívající autorkou spontánně oceněni, podpořeni a motivováni následně pokračovat v procesu léčby. V závěru autorka všem dospívajícím poděkovala za ochotu, čas a sdílení.

4.5 Výzkumný design

Po zformulování výzkumné otázky následovala volba vhodné výzkumné strategie a výzkumného designu. S přihlédnutím k explorativnímu charakteru výzkumné otázky jsme zvolili **kvalitativní metodologii**. Ta je užitečná, jestliže je cílem odhalit podstatu zkušeností zkoumaného člověka a získat o pozorovaném jevu detailnější informace (Charmaz & Henwood, 2017).

Zakotvená teorie nám nabízí systematický přístup k analýze dat. Výhodou zakotvené teorie spatřujeme v tom, že kromě deskriptivní úrovně, napomáhá vysvětlit sledované situace ve formě modelu, který zohledňuje i vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Vztahy jsou pak často organizovány kolem jedné centrální kategorie, jež je klíčová pro objasnění zkoumaného jevu. Tento přístup umožňuje celostní zachycení zákonitostí sledovaných situací, procesů a vztahů, jež do těchto procesů vstupují bez nutnosti větší redukce informací (Charmaz & Henwood, 2017; Řiháček & Hytych, 2013). Výzkum má tedy induktivní charakter, jelikož teorie je souběžně doplňována získanými daty na základě neustálého

porovnávání vytvořených kategorií. Data tak nejsou získávána s cílem podpořit či vyvrátit dříve vytvořenou teorii a hypotézu, ale slouží jako zdroj informací přispívající k porozumění zkoumané oblasti, vzájemným vztahům mezi sledovanými jevy a vznikající teorií. Teorie vzniká přímým propojením s daty při jejím utváření, což z ní činí teorii zakotvenou v datech (Charmaz & Henwood, 2017; Řiháček & Hytych, 2013).

V realizaci výzkumného designu jsme čerpali z konstruktivistické zakotvené teorie Charmaze (2009), která představuje snahu o propojení odlišných východisek přístupů Glassera a Strausse. Charmaz (2009) nezapomíná na význam subjektivity, kterou jednotliví účastníci výzkumného projektu přináší a různorodosti přístupů k realitě zkoumaného fenoménu, která vzniká interakcí výzkumníka a účastníka výzkumu následovanou konstrukcí jednotlivých významů objevujících se v průběhu analýzy a navazující interpretací dat výzkumníkem. Paradigmatickými předpoklady jsou: neexistence jedné objektivní skutečnosti, ale spíše množství dílčích realit neustále konstruované odlišnými sociálními skupinami a aktéry; jednotlivé reality nelze jednoduše objektivně poznat i proces poznání je ovlivněn sdílením významů jejich interpretací mezi výzkumníkem a poznávaným. Charakteristické je pojetí výzkumu, jehož snahou je interpretace pohledů jednotlivých účastníků na zkoumaný proces skrze přijímání jejich perspektiv výzkumníkem s cílem odhalit mechanismus konstrukce, v našem případě, reality dospívajících během docházení na stacionář (Charmaz, 2009). Tento způsob práce má subjektivní charakter a podléhá určitým zákonitostem, které v procesu výzkumu nejsme schopni zcela ovlivnit či odstranit (například ukotvení v určité historické době, specifické kultuře).

Zakotvenou teorii jsme zvolili i proto, že napomáhá popsat nejen zákonitosti, ale i variabilitu sledovaného jevu. Pro výzkum psychoterapie je vhodná i Rennieho a Fergusova (2006) modifikace metody zakotvené teorie.

Metodologie zakotvené teorie se jeví jako užitečná, protože v rámci našeho území se problematice komunitní psychoterapie dospívajících prozatím nikdo komplexně nevěnoval. Během výzkumného procesu jsme ponechali prostor pro vynoření se konceptům na základě analýzy dat a sledovali jsme utváření teorie (Strauss & Corbin, 1999). Důraz jsme kladli na systematickosti a pozornost vůči vynořujícím se jevům, která je typická pro Glasserovu práci. Ze Straussova přístupu jsme se inspirovali otevřeností, flexibilitou a uznáním subjektivního charakteru významů lidského prožívání a jednání (Charmaz & Henwood, 2017; Charmaz, 2009). Zároveň cílem zakotvené teorie je blíže popsat zkoumaný fenomén a podmínky, jednání a interakce k němu náležející, tomu odpovídá, že náš výzkumný vzorek byl

specifickou částí populace. Teoretické výroky, jež jsou výsledkem této metody, jsou tedy platné pouze pro zkoumané okolnosti (Strauss & Corbin, 1999).

Data byla získána pomocí dvou kvalitativních metod: ohniskové skupiny a individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Skupinové rozhovory se stávají mezi odbornou veřejností oblíbenějšími, jelikož vnáší do průběhu výzkumu skupinovou dynamiku. Účastníci reagují dotazy badatele a zároveň i na názory dalších probandů, sdílejí příklady, ospravedlňují své názory, což objasňuje zkoumané téma do větší šíře. Ohnisková skupina je jednou z forem skupinového rozhovoru (Hendl, 2016).

Cílem hloubkového polostrukturovaného rozhovoru bylo získat detailnější a komplexnější informace o zkoumaném jevu.

V průběhu analýzy jsme se pokoušeli hledat klíčovou proměnnou, která by mohla posloužit jako základ pro vznikající teorii. Klíčovou proměnnou charakterizuje její častý výskyt, schopnost propojovat různá data, vysvětlující funkce, je detailní a umožňuje maximální proměnlivost. V naší práci, se jako klíčová proměnná vynořila změna komunikace ve směru prosociálního chování (Hendl, 2016).

Získaná data byla analyzována kódováním (otevřeným, axiálním a selektivním). Hlavním výstupem kvalitativní výzkumné práce je kauzální teoretický model, který shrnuje subjektivní chápání a prožívání změn z pohledu dospívajících klientů DSA a jednotlivých aspektů komunitní psychoterapie přispívajících k tomuto procesu. Postupně jsme identifikovali ty proměnné (související s procesem změny), které dospívající sdíleli nejčastěji. Kvalitativní metoda umožnila hlubší hodnocení prožívání změn dospívajícími v procesu léčby na DSA.

4.6 Výzkumný soubor a sběr dat

Výzkumný soubor byl vybrán v souladu s principy metody zakotvené terapie (Charmaz, 2006). Vytváření a analýza dat se v průběhu výzkumného procesu prolínaly, čemuž odpovídá členění jeho popisu. Dospívající byli v té době klienty DSA, se kterými se autorka výzkumu v rámci programu setkávala během skupinových psychoterapií, komunit, relaxací a dalších částí programu. K dospívajícím měla psychotherapeutický vztah.

Nejprve byla uskutečněna ohnisková skupina (výzkumná fáze 1) se 7 pacienty DSA. V navazující fázi (výzkumná fáze 2) byly realizovány polostrukturované individuální rozhovory (jedná se o nejčastější způsob vytváření dat v metodě zakotvené teorie) se 4

dospívající klienty DSA. Pro zahrnutí do vzorku museli dospívající splňovat 3 kritéria: (1) docházení na DSA (2) účastnit se terapeutických aktivit a (3) být ve věku 14-21 let.

Účastníci výzkumu byli vybráni metodou prostého záměrného účelového výběru. Tedy ti adolescenti, kteří s účastní na výzkumu souhlasili a splnili výzkumná kritéria (Miovský, 2006), to vše v souladu s metodou volby vzorku pro účely metody zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 1999).

Ohnisková skupina (fáze 1)

Odpovědi na stanovené výzkumné otázky byly mapovány nejdříve během ohniskové skupiny u 7 respondentů. Ohnisková skupina byla pestře složená, co do věku (rozmezí 14 až 18 let), pohlaví (4 ženy, 2 muži a 1 transgender), tak motivace / ochotě zapojit se do programu DSA. Toto nebylo předem plánované a odvíjelo se od výzkumného procesu. Dospívající se lišili diagnózami a byli v průběhu sběru dat pomocí ohniskové skupiny aktivními účastníky terapeutického programu DSA.

Nejdříve bylo prozkoumáno, co pro jednotlivé dospívající znamená změna; jak by ji poznali, kdyby nastala; jaké chování si přejí během docházení na DSA změnit; co by rádi v prožívání měli jinak; zda si vybaví moment, kdy prožívali změnu a kdy to bylo – zda na DSA či v mezidobí; mají-li pocit, že jsou více vědomí či se něco nového o sobě dozvěděli, poznali sami sebe jinak; kdy se cítili motivováni ohledně možné sebezměny; jak by to vypadalo, kdyby mohli změřit a sledovat vlastní pokrok; a co vnímali, jako brzdící v procesu změny.

Výroky z ohniskové skupiny nebyly převáděny do spisovného jazyka, kvůli zachování autentičnosti byly přepsány v hovorové formě. Po analýze dat z ohniskové skupiny a ponoření se do teorie o procesu změny od autorů Prochasky, Norcrosse a DiClementa (2018) vznikl seznam otázek / okruhů pokládáných v následujících individuálních polostrukturovaných rozhovorech. Dospívajícím v ohniskové skupině byly následně kvůli zachování anonymity přiřazeny místo jmen kódy D1-D7.

Individuální rozhovory (fáze 2)

Následně byl teoretický model dále rozvíjen v individuálních polostrukturovaných rozhovorech složených ze 4 adolescentů (2 ženy ve věku 15 a 17 let) a 2 muži (ve věku 15 a 18 let). Rozhovory byly se souhlasem dospívajících nahrávány a následně přepsány, stejně jako u výroků z ohniskové skupiny, byla zachována hovorová čeština. Aby byla zachována

anonymita všech účastníků výzkumu, jména dospívajících neuvádíme a jsou nahrazena kódy D01-D04.

Tyto 4 dospívající absolvovali program stacionáře v průměrné délce 1,5 měsíce. Po skončení programu na začátku července, se 4 dospívající zúčastnili po časové prodlevě, která se pohybovala v rozmezí 2-1,5 měsíce od ukončení léčby, navazujícího programu – Návrat do školy. Tento program se konal poslední dva týdny v srpnu a je nabízen každoročně bývalým pacientům z uplynulého školního roku. V této době na konci srpna probíhaly individuální rozhovory. Časová prodleva mezi ohniskovou skupinou a navazujícími individuálními rozhovory byla cca 2,5 měsíce.

Při sběru dat jsme se inspirovali prací Kaufmanna, který je autorem metodologie „rozumějící rozhovor“ (Dudová, 2010). Ta v mnohém odpovídá Straussově zakotvené teorii, ale zároveň ji rozšiřuje a modifikuje. Rozumějící rozhovor čerpá z několika zdrojů: z běžných technik semidirektivního rozhovoru¹⁹ a z etnologických způsobů práce s „informátory“ (dotazovaní nejsou označováni za respondenty, ale za informátory, kteří o své zkušenosti, realitě vypovídají jako experti, jelikož ji dobře znají.) Proti prostému popisování je kladeno porozumění, ke kterému lze dojít pomocí rozumějícího rozhovoru. Neosobnost a neangažovanost výzkumníka vyplývající ze snahy eliminovat efekt přítomnosti tazatele, u dotazovaného vede ke specifické reakci – může se bránit zapojit se aktivně a otevřeně do rozhovoru, jinými slovy, pokud výzkumník zůstává neosobní, dotazovaný jím zůstane také. V rozumějícím rozhovoru se výzkumník snaží o opak, aktivně se účastní otázek s cílem povzbudit dotazovaného, jelikož vychází z konstruktivistického předpokladu, že rozhovor je interakční situací, kde zkoumaný jedinec konstruuje sebe sama v interakci s druhými. Kaufmannův přístup odpovídá principům grounded theory, tedy nejedná se o nástroj, díky kterému ověříme dopředu vytvořenou hypotézu, ale slouží jako výchozí bod zkoumané problematiky. Sběr dat je tak chápán jako reciproční sdílení a vytváření významů mezi výzkumníkem a dotazovaným (Dudová, 2010).

Individuální rozhovory byly polostrukturované a v jejich průběhu docházelo ke kladení dalších doplňujících otázek, které se v duchu zakotvené teorie snaží podněcovat přísun nových informací o zkoumaném jevu. Bylo využíváno tzv. probingu neboli sondáže

¹⁹ semidirektivní jelikož, pokládané otázky dospívající nabádaly k odpovědím, které byly předmětem výzkumného zájmu autorky, ale zároveň jim byl ponechán prostor, pro volná vyjádření, nebyli zastavováni, pokud se úplně neodchýlili od tématu

(Hendl, 2016). Jednalo se o jednoduché otázky typu „Když ses jich bála, čím to bylo?“ „Co tomu pomáhalo, že jsi to na rodinné terapii tátovi dokázala říct narovinu?“ „Kdy a jak jsi to poznal?“.

Ve chvíli, kdy informace již nepřinášejí nic nového, je teorie saturována, to je však na praktické úrovni těžké posoudit (Williams & Morrow, 2009). V průběhu rozhovorů byla užita i metoda kvalitativní analýzy vybavovaných událostí (Hill & Knox, 2009).

Rozhovory se zaměřovaly na to, co pro dospívající znamená změna, kdy k ní dochází, jak jí prožívají, jak jí poznají. Dále obsah rozhovoru tvořily otázky na to, co a jak z programu DSA ke změně přispívalo a k čemu to vedlo mimo stacionář, v běžném životě adolescenta.

Rozhovory začaly instrukcí: „Vybavíš si, jak jsi se na stacionář dostal/a?“. Následovala otázka: „Vybavíš si, co jsi očekával/a od DSA, když jsi sem nastoupila?“ V rozhovoru bylo dále detailněji zkoumán prožitek dospívajících otázkami jako: „zmínila jsi, že jsi tady zažívala i pocit podpory, mě by zajímalo, co ho umožňovalo?“, „Dokážeš si vybavit ten moment, kdy se to změnilo, co tomu předcházelo??“, „Co pomáhalo?“, „Co se stalo potom?“, „K čemu to pak vedlo mimo stacionář?“. Bylo užito i přirovnání „Kdybys byl ředitel stacionáře a mohl by jsi tady něco změnit, co by to bylo?“. Přepsané rozhovory byly analyzovány před následujícím rozhovorem, což umožnilo, že se mohly čím dál více specificky zaměřovat. Rozhovory byly po pořízení následně doslovně přepsány a jsou součástí přílohy diplomové práce.

4.7 Analýza dat

Nejprve proběhla fáze otevřeného kódování, během které byla vytvořena řada kategorií popisující různé změny a prvky vedoucí k těmto změnám z ohniskové skupiny. Následně byl sestaven seznam otázek / okruhů vycházejících ze syntézy kategorií různých aspektů změn z ohniskové skupiny a přehledu literatury vycházející z prací Prochasky et al. (1999), využitý v individuálních rozhovorech. Poté byly z individuálních rozhovorů s dospívajícími extrahovány popisy změny: změny na úrovni komunikace (zastřešující pojem: **aktivita**), prožívání emocí (zastřešující pojem: **tenze**) a chování (souhrnně: **držení/pouštění**) a 4 aspekty přispívajícím k těmto změnám (skupinová psychoterapie, individuální a rodinná psychoterapie, režim a relaxace).

Změny na úrovni komunikace (**aktivita**) z pohledu dospívajících „*změna je zlepšení vztahů v rodině, abych víc uměl komunikovat o svých problémech, abych se za to nestyděl, abych to uměl vysvětlit a podat s čím jsem neskopojený a taky abych se naučil ventilovat vztek*“ (D03, 15 let). Provázanost komunikace, emocí a chování vyvstávala i u dalších dospívajících. Blíže se tomu budeme věnovat během axiálního kódování. Pro jednu z dívek, byla změna toto „*tak určitě jsem trochu víc otevřenější, jsem upřímnější, protože jsem si uvědomila že prostě to nebude dobrý, když nebudu k lidem upřímná, protože většinou mě hodně zaujalo, ta poznámka, že kamarádi a celkově naše okolí, hlavně kamarádi jsou zrcadlem našim, takže když mi k nim nejsme upřímný, oni k nám většinou nejsou upřímný, a obě dvě strany se cítíme podobně, nevím, co jsem tím chtěla říct, ale chci aby ke mně lidé byli upřímný a tak musím i já; změna pak taky ta upřímnost, otevřenost.*“ Nebo: „*pocituju, že mi vyhovuje režim a vědění, že tu pro mě někdo je a že já sám můžu přijít, pomáhá mi poslouchat problémy ostatních a urovnávat si to v hlavě, změnu jsem poznal od té doby, co sem chodím, tak s mámou nemám vyčítavý, drzý tón, moje komunikace s mámou se zlepšila, víc se na sebe smějeme*“ (D02, 15 let).

Změny na úrovni emocí (**tenze**) byla popisováno takto: „*no vždycky mi to mě osobně, že jak jsem stydlivá trošku před novejma lidma, tak vždycky když někdo přišel, tak jsem se musela znovu rozkoukat, takže mi to přineslo, že jsem se líp naučila, prostě jsem se naučila trošku líp pracovat s tou úzkostí z těch cizích lidí*“ (D01, 17 let). „*no pro mě ta hlavní změna byla v tom, že jsem se chtěl naučit být šťastnej, a nějak se vlastně dostat do toho života zpátky, což si myslím, že se celkem povedlo tady*“ (D04, 18 let). „*kdy jsi zažíval pocit zklidnění a úlevy?.. asi jako když jsem mluvil o svým tématu a vyventiloval to ze sebe*“ (D03, 15 let). (D5, 18 let): „*má to dvě roviny, jedna je potřeba změny aktuálního stavu, aby se necítil tak unavený, bez vůle, bezmocnej, změna je naučit se pracovat s tím, když přicházejí špatné pocity, tak aby se naučil jim porozumět, aby mě emoce neztrhly.*“

Změny na úrovni chování (**držení/pouštění**): „*změna je pro mě přestání se sebeпоškozováním a mluvení o tom co cítím, nemám už tolik problém popsat své pocity, jde to líp, změnu sleduju od začátku stacionáře a čím déle jsem tady tak je to lepší, stupňování je v tom, že mám za sebou více skupin, terapeutická práce je pro mě změnou, zapoměla jsem dodat, že jsem se naučila líp vycházet s tátou, a to proto, že jsem se zlepšila v komunikaci, vím už co říkat*“ (D7, 17 let).

Po teoretickém kódování proběhlo tzv. axiální kódování, při kterém bylo cílem nalézt teoretické souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi a popsat procesy mezi nimi. Ukazovalo se, že před začátkem stacionáře byli dospívající na úrovni komunikace **uzavření**: nesdíleli s blízkými, nemluvili s rodiči, případně jim odsekávali či používali časté nadávky během hovoru. Toto **uzavření** na úrovni komunikace **bylo spojeno** na afektivní úrovni **s tenzí**, kterou adolescenti uvolňovali **maladaptivním chováním** (sebepoškozováním anebo konfrontací s druhými a konfliktem). „*změnu pociťuju tak, že jsem míň sprostěj, naučil jsem se to naštvání pomalu ventilovat a ne vybuchnout, hodně mi pomohly individuály, hovory s psychologkou*“ (D3, 15 let) anebo „*vyčítám si, že to řeknu, ale i kdybych to neřekla, včera jsem byla s tátou celý večer, jak jsem slyšela ty případy a včera na skupině jsem cítila, že to lidi mají hůř jak já, jeli jsme metrem a vybruslila jsem z toho, že táta říká něco, s čím nesouhlasím, nepohádali jsme se, když vidím, že někdo to má ještě hůř a já na tom mohu pracovat, pomáhá mi to*“ (D7, 17 let) a „*poznala jsem to tak, že jsem se přestala sebepoškozovat tak často, řezala jsem se denně i několikrát a teď už je to mnohem méně častější, asi jednou týdně nebo dvakrát, to je asi ta největší změna, kterou vidím, pomohlo tomu docházení k psychologce, která mi pomáhá zvládat stavy a hledat jiné způsoby vypořádání s úzkostí*“ (D1, 18 let).

Důležitým tématem byla u dospívajících **tenze**, která v naší práci představuje souhrnné označení pro zadržování emocí, neprojeování emocí, nepochopení emocím, strach, obavy, úzkost, výbušnost a pocit osamění. Tuto tenzi dospívající uvolňovali na úrovni chování dvojím způsobem: konfliktem či konfrontací (hádky s rodiči) nebo disrupcí (sebepoškozováním). Ve chvíli, kdy narůstala tenze, dospívají o svých pocitech, potřebách, obavách nehovořili, energie šla dovnitř a byla nekontrolovaná. Docházel k nekontrolovanému chování, které bylo maladaptivní (narušovalo vztahy s blízkými případně narušovali vlastní tělesnou integritu). V průběhu stacionáře docházelo k větší **otevřenosti v komunikaci**, která byla spojena s větší kontrolou dospívajících a následné chování se stávalo adaptivním a aktivním na vědomé úrovni – prosociálním. Afektivita se zdála rozšířena o **pocity úlevy**, normalnosti, klidu a uvolnění.

(D7, 17 let): „*změna je pro mě přestání se sebepoškozováním a mluvení o tom co cítím, nemám už tolik problém popsat své pocity, jde to líp, změnu sleduju od začátku stacionáře a čím déle jsem tady tak je to lepší, stupňování je v tom, že mám za sebou více*

skupin, terapeutická práce je pro mě změnou, zapoměla jsem dodat, že jsem se naučila líp vycházet s tátou, a to proto, že jsem se zlepšila v komunikaci, vím už co říkat.“

(D03, 15 let): *„asi jsem jako poznal víc sám sebe a ty vztahy s rodičema a návrat domů mi to trochu ulehčilo... no asi zlepšení vztahu v rodině že se tolik nehádáme že se to dalo v pohodě přežít“.*

(D4, 15 let): *„mně se změnilo to, že dokážu být upřímná a mluvit s okolím o pocitech, v reálném životě mám pocit, že mě někdo moc neposlouchá, nebo spíš nerozumí, jsem mnohem víc upřímná k tátovi a k okolí, říkám, že je mi špatně i když tomu nemusí rozumět“.*

Z programu jako prvky podílející se na změně dospívající zmiňovali skupinovou psychoterapii, individuální a rodinnou psychoterapii, režim a relaxace, které byly spojeny s pocitem naděje, úlevy, vděku, respektem, autonomií, což souviselo s pochopením, porovnáváním se, podporou, zpětnou vazbou, zájmem, pocitem bezpečí a důvěrou, zaměřením na tady a teď a orientací na řešení problémů. Všechny zmiňované kategorie podpořili proces mluvení, sdílení a otevření na úrovni komunikace, a to s přesahem do jejich běžného sociálního kontextu (vztahy s rodiči, se spolužáky, učiteli).

(D01, 17 let): *„určitě cítím ve skupině, když opomenou individuály, tam se taky cítím v bezpečí, ale na tý skupině mám pocit, že krom toho že nemáme společný přátele, tak že vlastně nikdo neřekne nic mým spolužákům, tak zároveň chápu, proč je dáno, aby se člověk nevidal mimo stacionář s lidmi, protože v tu chvíli má s nimi člověk vztah tady udržovanéj a má v nich důvěru.*

T: vybavíš si moment, kdy si prožívala pocit bezpečí?

D01: když jsem rozváděla nějaký svoje téma, když jsem mluvila o svém tátovi, v tu chvíli, když na to lidi reagovali a reagovali na to mile, a to všechno tak v tu chvíli jsem cítila pocit bezpečí, že jsou mi oporou

T: takže ta zpětná vazba na tebe, reakce jejich, to vyvolávalo pocit bezpečí?

D01: jo, že kdyby na mě křičeli, ale kdybych se setkala se strašně negativní odpovědí, tak bych ten pocit bezpečí asi ztratila nebo by byl menší

T: dokážeš říct co ti ten pocit bezpečí přinášel, k čemu to pak vedlo?

D01: no že jsem byla víc otevřená, že jsem radši mluvila, prohlubovala to téma

T: a mělo to nějaký dopad i mimo stacionář?

D01: určitě mi to pomohlo s tátou, kdybych se bála tak to tolik nerozvedu a nedala by mi to tolik, že vlastně jak jsem to rozvedla, dalo mi to mnohem víc.“

A z rozhovoru s D04 (18 let):

„T: zažíval jsi pocit bezpečí tady na stacionáři?

D04: celkem jo vlastně, jako právě proto, že tu bylo můžete sem přinést, co chcete vlastně, no skoro, a takže jsem se jako nebál sem s tím přijít, nebylo to jakože by se na mě lidi dívali svrchu, to právě tomu samozřejmě taky pomohlo, to sem jako přinést, nějaký ty témata svoje

T: v čem bylo důležitý zažívat tady ten pocit bezpečí?

D04: no vlastně v celkovém tom mém docházením, protože kdybych se tady necítil bezpečně, přestal bych sem docházet, a tak jako asi by mi to právě nepomohlo

T: hm, dokážeš pojmenovat nebo si vybavit, co vytvářelo ten pocit bezpečí?

D04: asi taková ta otevřenost a vlastně to, že se tu neodsuzuje, že prostě že můžu něco říct a všem je to tak jako ne, jedno, ale jako že to nikomu nevadí, většinou, mi přijde, že to je takový dobrý, že můžu říct co si myslím nebo jak se cejtím, že tu není takový to „jo to je divný“, ale spíš to bylo, že někdo k tomu řekl něco, když už to bylo jako negativní tak to byla kritika a z tý si člověk většinou něco vezme a často mě ta kritika, byla založená na pravdě, že mi to ten druhý řekl narovinu, takže to tomu taky pomohlo .“

Když se na skupinových terapiích dospívající setkávali s podobnými tématy, tak zažívali pocit naděje (že lze jejich problém vyřešit) „*když jsem viděla to pochopení a když jsem viděla že jde se, že jsem nejsem sama a když jde se vyléčit, že jde jít tu cestu a že je to možný není to příjemný samozřejmě ale jsou tady lidi a věci a nevím co všechno za který tady stojí bejt takže tak*“ (D02, 15 let), dále pochopení, pocity úlevy a vděku (že na tom někdo může být hůř, nebo podobně) a docházelo tak k porovnávání se s druhými, což souviselo s rozvojem pocitu nejen naděje, ale i studu, závisti, úlevy, vděku a podporovalo jejich motivovanost změnit své chování, například komunikovat otevřeněji s rodiči, nehádat se s nimi, změnit svůj jídelníček, kontaktovat další odborníky, vyhledat další pomoc, aktivně komunikovat se spolužáky, přáteli. „*vyčítám si, že to řeknu, ale i kdybych to neřekla, včera jsem byla s tátou celý večer, jak jsem slyšela ty případy a včera na skupině jsem cítila, že to lidi mají hůř jak já, jeli jsme metrem a vybruslila jsem z toho, že táta říká něco, s čím nesouhlasím, nepohádali jsme se, když vidím, že někdo to má ještě hůř a já na tom mohu pracovat, pomáhá mi to*“ (D7, 17 let), „*no asi že jsem se možná bála něco říct, jak by na to ty lidi mohli reagovat, a tak jako záviděla jsem jim, že protože maj třeba kamarádskej život maj mnohem zajímavější než já, tak jsem si říkala kéž bych měla víc kamarádů*“ (D02, 15 let)

a „ to, že spousta lidí na skupině přišla s téma svýma problémama, a nějak je sdělila, a to mě vlastně umožnilo se na ně podívat a říct si třeba jako subjektivně, jo to mi vadilo víc nebo tady to si myslím, že není zas takovej problém, a třeba jsem to pak nějak mohl sdělit tomu člověku, jako ne že, bych řekl tvůj problém je menší než můj samozřejmě takhle jsem to nemyslel, jako myšleno, že třeba se dá, nějak řešit, a dá se s tím nějak pracovat, a vlastně jsem si uvědomil, že moje problémy, že s mojma problémama se dá taky nějak pracovat, že to není jenom takovýto jo, jsem nemocnej, hrozný, s tím se nedá nic dělat, ale musím změnit něco na sobě a to mi vlastně pomohlo si to uvědomit, nějaký to porovnávání.“ A „ když jsem byl teď doma, tak jsem se moc s nikým nebavil a odstrkoval jsem kamarády a blízké, protože jsem měl pocit, že s nepotřebujeme slyšet, tady jsem ani nepočítal, že něco řeknu, ale cítím se tady bezpečně, takže jsem i někomu z kamarádů napsal, koho jsem odstrčil.“ (D2, 15 let).

Když během skupinových psychoterapií dospívající získávali a dávali zpětnou vazbu, vedlo to k pocitu podpory, pocitu bezpečí, důvěry, pocitu, že, „terapeuti či děti mi mohou pomoci“, což souviselo s otevřeností, upřímností a ochotou sdílet u druhých, která souvisela s anonymitou, jež se v průběhu času měnila.

„hodně i v těch terapeutech, že tam byly, že jste tam byli, že ta skupina byla řízená, že jste pomáhali třeba když jsme nevěděli, že jste se zeptali a takhle, což bylo určitě dobrý, že ta skupina byla prostě vedená, to bylo dobrý jako podpora. (D01, 17 let).

(D04, 18 let): „asi, jako třeba i ty roušky vlastně, taková ta větší anonymita, že vlastně to byly lidi, který jsem neznal, takže mi nebylo divný říct jim vlastně svoje problémy, prostě proto, že co ten stacionář skončí, tak se s nima nejspíš nikdy neuvidím, anebo je to vlastně nejspíš jo to mi asi nejvíc pomohlo v tom, to vlastně sdělit a taky ty roušky.“

„T: dokázala bys říct co z programu stacionáře nebo pravidel, doporučení přispívalo k tomu pocitu bezpečí?

D02: hm, jako tady na stacionáři? Asi to že tady můžeme dát najevo ty emoce a že se tady nemůžeme napadat fyzicky ani slovně, a že to zůstane v tom kruhu, to bylo hodně pro mě důležitý.“ (D02, 15 let).

Když dospívající zažívali respekt, pocity autonomie a zpětnou vazbu, tak začali hovořit na skupinách, a to následně vedlo k tomu, že tenzi začali uvolňovat díky vlastní aktivitě prosociálně (svěřováním rodičům, pojmenování svých potřeb, sdílení problémů

s blízkými, schopností říci si o pomoc, klid a prostor, sdělení toho, co je bolí, trápí) což vedlo na afektivní úrovni k úlevě, pocitu normálnosti, zklidnění a dodání energie svoji situaci řešit.

„T: dokážeš říct, k čemu ten pocit podpory, který jsi tu zažívala dál jako vedl, nebo co odstartoval?“

D01: No určitě jsem začala mluvit víc na těch skupinách, a obecně jsem si v tom kolektivu otevřela, že mi tu bylo příjemně, nebála jsem se, byla jsem tu ráda s těma lidma, na těch skupinách jsem se nebála něco říct, hm a, jestli mě ještě něco napadne, nebo už asi ne.

T: A pak vlastně mimo rámec stacionáře vedlo to k něčemu?

D01: Určitě, že jsem byla taková sebejistá, že jsem si přenášela ty pocity z toho stacionáře i do osobního života, že třeba s přáteli a tak, tak jsem jako cítila víc tu podporu a víc jsem jí vyhledávala a takhle a bylo to příjemné pro mě, jako dobrá zkušenost hlavně to byla.“ (D01, 17 let).

„no tak já si myslím, že se tady snažíme změnit jako sebe, to že jsem vlastně byl tak jako respektovanej, tak jsem si řekl, ok, proč bych takovejhle nemohl bejt i ve svém normálním životě, proč bych se nemohl takhle podobně chovat i s těma kamarádama a takhle se cejtít, takže se vlastně se snažím, tak jako ze sebe udělat lepšího člověka, vím, že to zní tak jako divně, samozřejmě se prostě snažím, myslím si, že mi to prostě jde líp, než předtím, takže jako to je myslím, že super.“ (D04, 18 let).

(D01, 17 let): „určitě je příjemnější, jak jste tam vy, jako terapeuti, když se to zasekne, tak že se zeptáte nebo něco řeknete, oproti pacientům, a zároveň seznamovací skupiny, že jsem se poznala s novými lidma, třeba teďka jak byla, to bylo moc fajn, ale není to tolik, jako když se fakt otevře to téma, řekla bych že právě samě víc sblížilo to včerejší téma než seznamovací skupina, což je asi logický.“

Relaxace vedla během docházení dospívajících na stacionář k rozvoji pocitu zklidnění, což adolescenty motivovalo k tomu, aktivně změnit své chování tak, že začali chodit například na procházky, díky čemuž se cítili lépe a dobití energií.

(D04, 18 let): jo určitě jo, to jak člověk nemusí být na tom telefonu, a třeba co jsem ze začátku relaxace, ze začátku jsem se se snažil, pak jsem na ní tak většinou usínal, ale teď jsem se vlastně vrátil zpátky k tomu, že na relaxacích relaxuju, což jsem zjistil, že je mnohem lepší, než na nich spát, a je to mnohem přínosnější, a je to mnohem uklidňující, mnohem víc

uklidňující než prostě vyspat a pak najednou mě někdo vzbudí tak to je zase trochu stresující, takže to jsem rád, že jsem teďka zjistil že je to o dost lepší, škoda že jsem to nezjistil předtím

T: ale aspoň teď jsi to zjistil, super, k čemu pak tento zážitek toho zklidnění tady ti pak umožnil mimo stacionář?

P: no vlastně se zkusit zklidnit i mimo stacionář, právě, třeba třeba procházkama, a být jako takovej, ne úplně, jako zklidněnej, protože já jsem často takovej byl, že jsem byl až moc zklidněnej, když jsem byl doma, právě že když se člověk dokáže uklidnit víc v nějakém čase, tak je potom takovej víc plnej energie, že vlastně i z části mít chuť na to něco dělat, na to se v něčem angažovat, a zkoušet třeba i novy věci, bych řek. “

Režim a jeho nastavení a vyžadování bylo pro dospívající důležitým momentem, který se podílel na změně jejich stavu. „*No určitě ta docházka, že se sem musí docházet, a je to vlastně stejný jako ta škola, takže to vlastně jako připravuje na tu školu.*“ (D04, 18 let). (D2, 15 let): „*pocítuju, že mi vyhovuje režim a vědění, že tu pro mě někdo je...*“

Zdá se, že možnost sdílet své emoce, popsat je, hovořit o vnitřních stavech pomáhala dávat směr dospívajícím v jejich chování, což na emoční úrovni vedlo k úlevě.

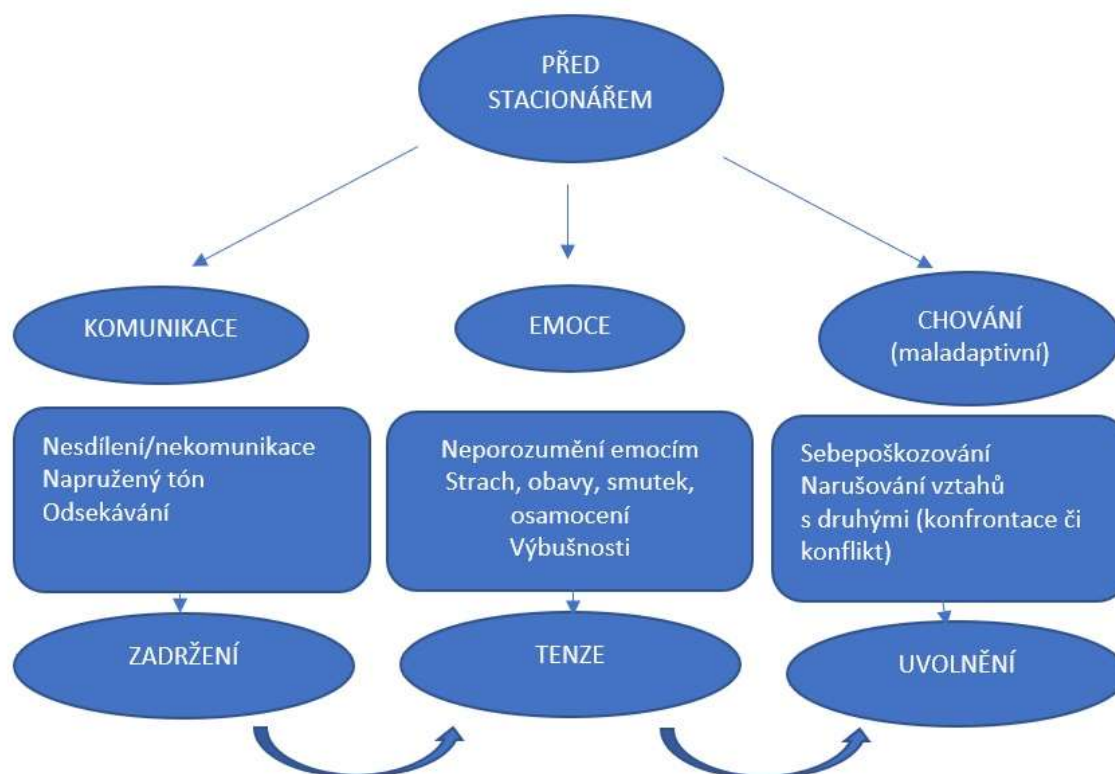
4.8 Shrnutí výsledků analýzy dat

Z analýzy rozhovorů s dospívajícími využívajícími služeb Denního stacionáře pro adolescenty postupně vyvstaly tři témata, která se dle dospívajících proměňovala nejvíce: **komunikace** (zadržení vs otevření), **emoce/afektivita** (tenze vs uvolnění) a **chování** (disruptivní vs prosociální). Jelikož adolescenti popisovali změnu jako proces a data poukazovala na proměnlivost v čase, rozdělili jsme výsledný model na tři časové roviny označené jako dobu: **před stacionářem, během docházení na stacionář a po stacionáři**. Tato témata jsou sycena kategoriemi a jejich vztahy, které jsme identifikovali v průběhu procesu kódování a snaže seskupit data do větších centrálních výstupů.

Struktura jednotlivých témat a shrnutí toho, co dospívající vnímají jako změnu, si kladlo za cíl umožnit nahlédnout a porozumět oblasti psychoterapie z perspektivy dospívajících v prostředí komunitní stacionární péče.

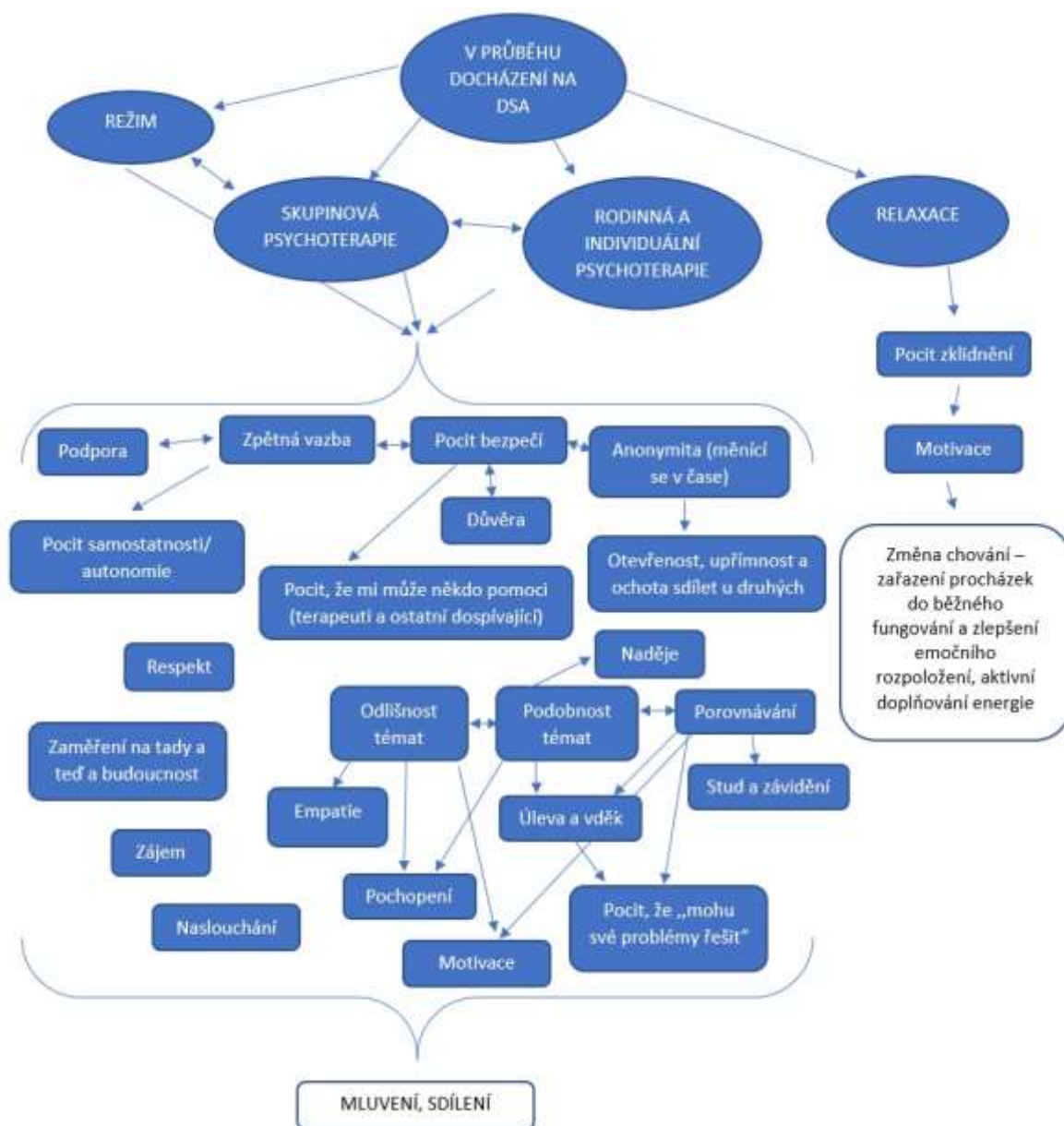
Kapitola zahrnuje 3 mapy (Obrázek 1, 2 a 3), které byly sestrojeny na základě odhalených kategorií, vztahů mezi nimi a centrálních témat. Objasňují, že ačkoliv byly

výzkumné otázky konkrétně zacílené na prožívání změny v komunitní stacionární léčbě, pro její pochopení je potřeba vnímat celý proces komplexně. Jednostranné šipky ilustrují vztah a směr tohoto vztahu, oboustranné šipky pak vzájemnost mezi kategoriemi.



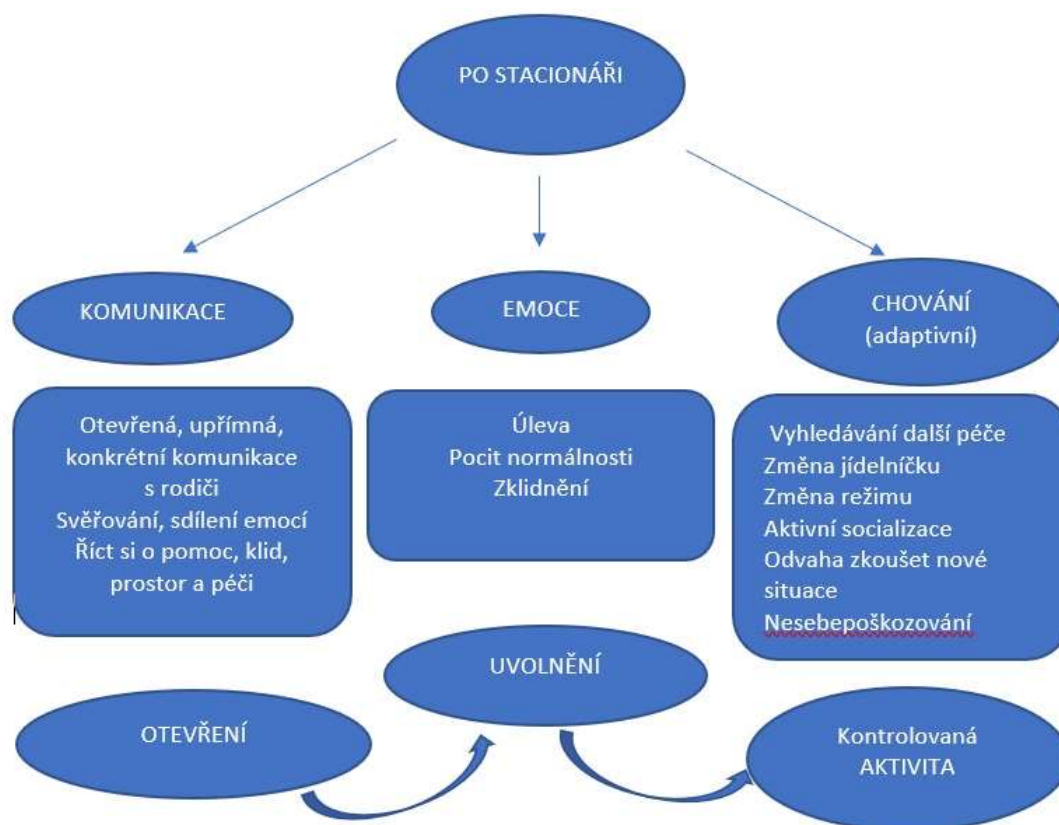
Obrázek 1: Znázornění situace na začátku docházení na DSA

Dospívající při nástupu do stacionáře své myšlenky, potřeby, obavy a emoce ve sdílení s druhými zadržovali, v komunikaci s rodiči odsekávali, měli napružený tón a často rozhovor skončil hádkou. Z afektivní úrovně vyvstávala tenze, kterou zvyšovalo zadržování komunikace. Tenzi dospívající uvolňovali dvojím způsobem – disrupcí sebe anebo ve vztahu s druhými.



Obrázek 2: Mapa aspektů podporujících změnu během docházení na DSA

Aspekty podílející se na změně se z rozhovorů vynořovaly kategorie jako anonymita (která se měnila v čase), pocit bezpečí, důvěra, pochopení, naděje, zájem, naslouchání, motivace, úleva a vděk, stud a závist, autonomie, samostatnost, otevřenost druhých, zaměření na tady a teď, respekt a porovnávání. Všechny tyto kategorie se různě prolínaly ve třech hlavních oblastech: skupinová psychoterapie, režim, rodinná a individuální psychoterapie.



Obrázek 3: Znázornění situace na konci docházení na DSA

Výše zmíněné kategorie vedly k tomu, že dospívající začali otevřeně, upřímně a konkrétně komunikovat. Uvědomovali si větší motivovanost zkoušet nové věci – přijít sám aktivně za kamarádem, oslovit spolužáky, nepohádat se s rodičem, oslovit další odborníky (například výživové poradce) či si domluvit následnou ambulantní psychoterapii. Otevření na úrovni komunikace vedlo u dospívajících k uvolnění afektů – objevovala se úleva, pocit normalnosti a zklidnění, lepší nálada. S tím byla spojena změna chování, které se začalo častěji stávat prosociálním a ubývalo epizod sebepoškození.

Zdá se, že ve chvíli, kdy dospívající nehovořili, uzavřeli se, pociťovali napětí. Mluvit jim pomohlo otevřít se, tedy být aktivní na úrovni chování. Zároveň to podpořilo motivaci říct si o pomoc, opečovat se, a to vedlo na afektivní úrovni k úlevě.

4.9 Diskuse

Diskuse shrnuje výsledky práce, porovnává je se závěry obdobných studií, shrnuje limity provedeného výzkumu a je uzavřena naznačením dalších možných směrů bádání. Nejdříve připomeneme cíl výzkumu a jeho opodstatnění. Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zachytit, popsat a porozumět změně a aspektům, které ji podporují v prostředí Denního stacionáře pro adolescenty z pohledu dospívajících klientů. Formulace tohoto cíle vycházela z předpokladu, že ke změně přispívají podpůrné vztahy, zvyšování vědomí, sociální osvobození, emoční vyburcování, závazek, kontrola prostředí a odměna (Prochaska et al., 2018).

Během studia literatury jsme narazili na rozdílnost v chápání komunitní péče u dospívajících. Je třeba rozlišovat mezi komunitní péčí zacílenou na dospívající, kteří se potýkají s drogovou závislostí a dospívající s jinými psychiatrickými diagnózami. Dále jsou rozdíly v tom, zda se jedná o soukromé, státní či zdravotnické zařízení – jinak řečeno záleží na kontextu poskytované péče.

Co má, ale většina programů společného je: pomoc při řešení individuálních problémů dospívajících, snaha o zapojení rodičů a školy do procesu údravy a podpory adolescenta, rozvíjení jeho zdrojů a dovedností, snaha o vytvoření bezpečného, podpůrného a pečujícího prostředí, kde může mládež zažít pocit pospolitosti, přijetí, respektu s příležitostmi rozvíjet aktivní utváření pozitivních vztahů s vrstevníky a dospělými, nakonec i zdravého vztahu k sobě samému.

Jak už bylo dříve zmíněno, potřeba realizovat výzkum s daným zacílením pramenila z toho, že v česky psané literatuře neexistuje publikace zabývající se komunitní psychoterapií u dospívajících s odlišnou diagnózou, než jsou závislosti. A také proto, že výzkumy se většinou zaměřují na obecné charakteristiky jevu anebo psychiatrickou diagnózu. Studií, které zkoumají psychoterapii, zejména pak těch, které pracují přímo s perspektivou dospívajících klientů, je minimum (Capella et al., 2016). Zaměření se na změnu umožňuje nahlédnout do procesů psychoterapie, mapovat její užitečnost a význam. (Capella et al., 2016). Zároveň tím vzniká prostor pro samotné dospívající a přizvání je k aktivní roli v procesu jejich léčby.

Výzkumná otázka 1: Co dospívající klienti DSA považují za změnu?

Z analýzy výroků vyplývá, že dospívající změnu vnímají jako: dovednost porozumět emocím; dovednost je korigovat, pojmenovat a sdílet; dále jako regulace chování; učení se komunikovat jinak než doposud – otevřeněji, upřímněji, konkrétněji především s rodiči, učiteli, spolužáky a kamarády, s tím spojená dovednost pojmenovat své potřeby a hranice.

V nedávné studii zaměřené na změnu během psychoterapie u dětí, která zohledňovala více důvodů pro vyhledání pomoci, Alamo et al. (2016) zjistili, že změna může mít několik podob, které uvádíme i my. A také, že změna v psychoterapii jde nad rámec remise příznaků (Capella et al., 2016). K podobným závěrům došli Krause et al. (2020), kteří mapovali výsledky psychoterapie u dospívajících s depresí – z pohledu dospívajících, psychologů a rodičů. Nejčastěji se objevovalo zlepšení nálady, polovina navíc popsala změny ve fungování rodiny, resilience a prosociálního chování. Bylo zajímavé, že pro dospívající byl zvlášť důležitý coping, respektive strategie zvládání zátěžových situací, zatímco rodiče a terapeuti zdůrazňovali změny na úrovni školního fungování (Krause et al., 2020).

Podobně jako jiné programy i program DSA cíleně pracuje s uvědomováním si vlastního těla, světa kolem dospívajícího a s dalšími vývojovými výzvami typickými pro období dospívání. To může klást na adolescentní klienty zvýšené nároky v procesu adaptace na změnu, které se mohou podílet na procesu léčby v průběhu psychoterapeutické práce.

Například prožitek studu, který se vynořil během analýzy ve spojení s porovnáváním se s druhými anebo v průběhu prvních skupin, kdy dospívající ještě neznali prostředí stacionáře a nebyl dostatečně rozvinut pocit bezpečí, se dle Dearinga & Tangneye (2011) může podílet na předčasném ukončení psychoterapie ze strany dospívajícího. V naší práci byl stud spojován s neochotou hovořit. Bylo by zajímavé prozkoumat prožívání studu a rozhodnutí odejít ze stacionáře. Zároveň DSA se snaží například u dívek s poruchami příjmu potravy a určitým MBI neindikovat léčebný tělocvik a relaxace, právě z důvodu ošetření pocitů studu, které by zaměření se na vlastní tělo mohlo prohloubit (Hooker & Fodor, 2008).

Výzkumná otázka 2: Jaké aspekty komunitní psychoterapie na DSA vnímají za podporující kýženou změnu?

Jako aspekty podílející se na procesu změny adolescenti uváděli: prožitek vzájemného respektu – s ostatními klienty a také s personálem DSA; nastavení režimu; pocit bezpečí a důvěry; pocit samostatnosti; pocit opory; prožitek být členem skupiny/přijetí;

podobnost a odlišnost témat; sdílení emocí; naděje; zklidnění; věkové rozpětí; motivace; ocenění; skupinové, individuální a rodinné psychoterapie; úlevu; terapeutický vztah.

Poslední jmenovaný, terapeutický vztah, lze jako důležitý faktor v procesu terapie, poměrně dobře, a dokonce objektivně měřit – pozorováním a dotazníky. Zážitek, prožitková či citová složka se však měří obtížně. Můžeme se tedy domnívat, že z tohoto důvodu výzkumy z této oblasti u nás chybí.

Je zajímavé, že i přesto, že literatura zkoumající změny v psychoterapii z pohledu dětí či dospívajících je omezená, jsou k dispozici důkazy, že emoční úleva je jednou z prvních změn v procesu psychoterapie u dětí a dospívajících (Jessiman et al., 2017).

V námi zkoumané skupině dospívajících klientů DSA bylo zajímavé pozorovat, že s ohledem na vývojová stadia Eriksona (1996) dospívající řešili témata a úkoly spíše nižších stadií, jako například otázku bezpečí a autonomie ve smyslu vlastní aktivity na úrovni vztahů s druhými, což jim následně mohlo pomoci přejít k otázkám kdo jsem a kam patřím. Otázka hledání vlastní identity a role ve společnosti je dle Eriksona (1996) charakteristická pro období adolescence. V budoucnu by se výzkum mohl zaměřit na to, s jakým vývojovým úkolem se dospívající přicházející na DSA potýkají a co jim znesnadňuje přechody mezi jednotlivými vývojovými stadii.

4.9.1 Reflexe vlastní pozice

Výzkumník se, především při užití kvalitativní metodologie, snaží o neutralitu, avšak do výzkumu přináší i sám sebe, není tedy možné přistupovat čistě objektivně (Žižlavský, 2003). „McDonald kdysi prohlásil, že kvalitativní výzkum je beletrie psaná pod přísahou.“ (Švaříček, 2007, s. 12). V kvalitativní metodologii je důležité vědět, kdo provádí výzkum, jaká jsou výzkumníkova výchozí stanoviska, za jakým účelem probíhá realizace a jak vypadala analýza dat (Švaříček, 2007). Právě v rámci reflexe vlastní pozice se pokusíme přiblížit kdo prováděl výzkum, z jakých stanovisek jsme vycházeli a za jakým účelem.

Švaříček (2007) upozorňuje na to, že není předmětem zájmu osobnost výzkumníka, ale jeho schopnost argumentace a výzkumníkovy hodnoty, které je potřeba reflektovat (Grinnell a Unrau, 2014). Pozice autorky výzkumné práce vycházela ze skutečnosti, že na

DSA již přibližně dva roky pracuje. Prostředí DSA je jí tak známé, proto je zde riziko, že některé jevy jí mohou připadat „jasné“ a tudíž jim nemusela přiřkládat význam, nebo upřednostnila svou vlastní interpretaci před interpretací dospívajících. Taktéž díky své předchozí zkušenosti dospívající znala situace, které popisovali. To vše je podrobně diskutováno v následující podkapitole věnované výzkumným limitům.

4.9.2 Limity výzkumu

Limitem výzkumu může být samotný design: jedná o studii, při níž zkoumáme proměnné v přirozených podmínkách, navíc jsme pracovali pouze s daty dospívajících, kteří absolvovali pobyt v DSA, neměli jsme kontrolní skupinu, která by sloužila k porovnávání, tudíž nemůžeme potvrdit/vyloučit vliv regrese k průměru. Zároveň byl výzkum realizován na specificky úzce zaměřené populaci. Výzkumný plán není experiment a z výsledku tudíž nemůžeme vyvozovat kauzální závěry. Výsledky výzkumu mohla ovlivnit řada nežádoucích proměnných, které nyní blíže rozebereme.

Jedním ze zásadních limitů byla epidemiologická situace. Sběr dat probíhal v červnu 2020 a během srpna téhož roku. DSA tak fungoval v omezeném režimu, kdy personál i klienti nosili ústenky či respirátory a měnili se podmínky počtu osob ve vnitřních prostorech. Během srpnového programu pak neprobíhaly relaxace z hygienických důvodů. Klienti museli dodržovat rozestupy, a to i na skupinách.

Cílová skupina byla úzce vymezena tím, že zkoumaný vzorek tvořili pouze dospívající docházející na DSA, tento limit je dán i skutečností, že v České republice se jedná o jediný denní stacionář pro dospívající. Zároveň na výzvu účastnit se výzkumu reagovali pouze ti adolescenti, kteří projeví vlastní zájem, tedy můžeme předpokládat větší motivaci a zároveň možná i zvýšenou ochotu pomoci autorce s výzkumem, kvůli vzájemnému terapeutickému vztahu. To také mohlo přispět k určitému zkreslení, jelikož se jednalo v individuálních rozhovorech o motivované pacienty, kteří potenciál DSA využili a zároveň byli motivováni do psychoterapeutického procesu.

V rámci ohniskové skupiny byla pouze jedna z dospívajících nemotivovaná k léčbě, dokonce zastávala postoj, že na DSA nechce být (jednalo se o druhý zkušební týden, kdy se mapuje, zda je program pro dospívajícího dostačující). Podle Lilienfelda et al. (2014) je pro většinu pacientů, kteří léčbu ukončí předčasně terapie bezcenná či přímo škodlivá, Norcross et al. (2011) k tomu přidávají pohled, že tito pacienti se nacházejí v jiném stadiu změny, než

k jakému je nastavený daný terapeutický program, to směřuje k tomu, že budoucí výzkumy by se mohli zabývat i touto skupinou.

Jisté omezení přináší velmi malý počet analyzovaných momentů, které by klienti hodnotili jako negativní či bránící procesu léčby.

Jedním z limitů bylo výše zmíněné pracovní zapojení autorky do chodu DSA. Známost prostředí se snažila reflektovat, průběžně si zvědomovat křížení rolí a vlastní zkušenosti. Zároveň to, že jí dospívající znali mohlo přispět k důvěrnější atmosféře a podpořit otevřenost a ochotu sdílet své zkušenosti, názory a myšlenky v průběhu ohniskové skupiny i individuálních rozhovorů.

Limity ohniskové skupiny spatřujeme v jejich kladech. Dospívající mohli na sebe vzájemně reagovat, zároveň tak mohlo docházet k potvrzování dříve vyřčeného a menší ochotě hovořit otevřeně u jedinců, kteří by spíše sdíleli svůj názor individuálně, a to i přes skutečnost, že se autorka snažila o rovnoměrné zapojení všech dospívajících. Dalším limitem mohla být sama autorka výzkumu, která byla současně v roli moderátorky ohniskové skupiny.

Identifikace posunu a rozhovor o nastalých změnách po absolvování programu DSA může být kromě účinku psychoterapie dán regresí k průměru (Kahneman & Deaton, 2010), spontánní remisí (léčivým faktorem je čas), skutečností, že dospívající vyhledali pomoc ve chvíli intenzivní krize tudíž pravděpodobnost návratu do svého normálního stavu je vyšší, reciprocitou vůči personálu (Vranka, 2013), přáním „cítit se v pohodě“ a důležitými životními událostmi odehrávajícími se mimo terapeutický program (např. smrt blízké osoby, stěhování, navázání nových vztahů, změna školy) (Lilienfeld et al., 2014). Je možné, že výsledky z rozhovorů zkresloval strach z návratu do normálního života a snaha ujistit se, že dospívající běžný život zvládnou.

Další limit mohl vzniknout tím, že individuální rozhovory probíhaly postupně a dospívající klienti DSA si mohli strukturu rozhovoru mezi sebou sdílet.

Validitu výzkumu by podpořila triangulace, tedy zahrnutí nejen perspektivy dospívajících pomocí ohniskové skupiny a individuálních rozhovorů s nimi, ale i s členy terapeutického týmu nebo s rodiči adolescentů. Takový design byl bohužel nad rámcem možností této diplomové práce.

4.9.3 Naznačení dalších směrů výzkumů

Přes výše zmiňované omezení a limity nabízí předložené výstupy inspiraci pro další výzkumy sloužící nejen k ověření, ale i k rozšíření dané problematiky. Popsaná témata a jejich koncepty by mohla být v budoucnu rozpracována a propojena v ucelenou teorii, jejíž poznatky ve formě hypotéz by mohly být dále ověřovány kvantitativními metodami.

Přínosem pro výzkum jednotlivých aspektů psychoterapeutického programu v DSA by bylo katamnestické sledování dospívajících, protože například Leichsering (2006) sledoval závažnost symptomů po roce od ukončení terapie a identifikoval mírný nárůst účinku psychoterapie. Autor tento vývoj vysvětluje skrze osvojení si nových strategií zvládání problémů na straně pacientů a rozvinutí schopnosti aplikovat danou zkušenost v podmínkách běžného života.

Dále se nabízí užití korelační studie, jež by mohla ozřejmit souvislost mezi dvojicí jevů, jako je například předčasné ukončení terapie a stadium změny, terapeutický vztah a proces léčby.

Odlišná očekávání od stacionáře/programu by mohly hrát roli ve stanovování terapeutických cílů. Omezená velikost výzkumného vzorku bohužel neumožňuje potvrdit tyto domněnky. Výzkum, který by zkoumal odlišnosti v poskytování psychoterapie ve více zařízeních stacionárního typu by mohl přinést zajímavé informace. Početnější soubor by mohl nabídnout možnost rozdělit dospívající do skupin například dle psychiatrických diagnóz či úrovně motivace k léčbě. Mohlo by být podnětné zaměřit se blíže například na význam terapeutického vztahu a předčasného ukončení terapie.

Během rozhovorů uskutečněných k této práci se vynořovaly témata sebepoškozování, které zde nebyly komentovány jednak z etických důvodů a jednak by přesahovaly zaměření výzkumu. Pro hlubší porozumění kontextu komunitní psychoterapeutické práce na denním stacionáři s dospívajícími by další výzkum mohl vést právě tímto směrem. V zahraničí vznikají programy cílené na možnosti léčby sebepoškozování. V posledních letech se jako efektivní způsob práce s touto problematikou ukazuje užití dialektické behaviorální terapie, kterou v ČR nabízí tým z Fakultní nemocnice Brno, přijímající klienty od 16 let. Bylo by zajímavé výsledky zahraničních autorů zkusit replikovat v našem prostředí.

Výrazně vyvstávala i důležitost komunikace – ta v sobě zahrnovala prožitek respektu, sdílení odlišných názorů a různých úhlů pohledu na důležité situace dospívajících,

dále přání dospívajících naučit se komunikovat jinak – otevřeněji, upřímněji, konkrétněji. Často pak ve vztahu především s rodiči, případně s blízkými kamarády a spolužáky. Zde spatřujeme další potenciál pro budoucí zaměření výzkumů, ale i následnou tvorbu terapeutických programů.

Předkládaná práce se věnuje výhradně psychoterapii v komunitním prostředí denního stacionáře s dospívajícími, to znamená lidem ve věku od 13/14 do 21 let. Psychoterapeutická péče o dospělé pacienty je odlišná v mnoha ohledech, podobně pak o pacienty s drogovou závislostí, u kterých je užití komunitní formy léčby rozšířenější a dobře etablované, a to u dospívající klientely či té dospělé. V obou případech je užitečné pozornost věnovat celému rodinnému systému a mít na zřeteli i školní kontext dospívajícího klienta.

S ohledem na vývojové otázky by mohla být zajímavé srovnání výsledků předloženého výzkumu s podobně zacílenou studií zpracovávající psychoterapii dospělých docházejících do komunity a nahlédnutí do toho, v čem tkví rozdíly a kde naopak panuje shoda. Podnětné by bylo zapojení do výzkumu většího počtu klientů v průběhu třeba celého roku. Protože s tím, jak se proměňuje skupina a její složení, budou se zřejmě měnit i očekávání od stacionáře, témata přinášena na skupinové psychoterapie a problémy se, kterými se dospívající potýkají. Nehledě na proměnách skupinové dynamiky.

5 Závěr

Úroveň péče o děti a dospívající patří mezi znaky vyspělé společnosti. Investice do duševního zdraví adolescentů se vyplácí nejen kvůli současnosti, ale má význam i pro budoucnost (Patton et al., 2016). V posledních letech můžeme sledovat trend snižování psychiatrických lůžek a spolu s ním snahu o rozvoj center duševního zdraví v České republice. Zároveň se však zvyšuje výskyt duševních onemocnění mezi dospívajícími. Koncept Denního stacionáře pro adolescenty v několika ohledech odpovídá komunitnímu způsobu práce s dospívajícími v euroamerickém světě a může sloužit jako inspirace pro tvorbu terapeutických programů pro adolescenty, kteří se potýkají s psychiatrickým onemocněním.

V zahraničí je v posledních letech věnováno více pozornosti evaluaci jednotlivých terapeutických programů a zařízení. Výzkumy s dospívajícími klienty začínají mít tendenci zahrnovat do evaluace subjektivní vnímání změn a procesů k nim vedoucích a nezůstávat pouze u zhodnocení příznaků. Zároveň jsou do procesu zpětné vazby více a aktivně zapojováni samotní dospívající – nikoliv pouze subjektivní pohled rodičů anebo odborného personálu.

Význam potřeby zpětné vazby, otevřené komunikace a možnosti zhodnotit užitečnost psychoterapie či léčebného programu a zaměření pozornosti na změnu prožívanou dospívajícími podporují nejen zahraniční studie, ale i samotní dospívající navštěvující Denní stacionář pro adolescenty. Dospívající po skončení ohniskové skupiny hovořili o tom, že takto vedený rozhovor, by mohl být součástí procesu léčby, jelikož jim umožnil vzájemně si pojmenovat, co očekávají od léčby, jak na tom nyní jsou a co se již změnilo. Jistá forma evaluace procesu léčby by tak mohla být užitečná a vytvoření či zavedení takového skupiny či dotazníku užitečné.

Příspěvek k této diskusi se snažila i předložená diplomová práce, která si kladla za cíl zmapovat prožívání změny v psychoterapeutickém programu DSA u dospívajících klientů. V literárně přehledové části práce byl prostor věnován představení možnostem komunitní psychoterapie s dospívajícími a byla zde definována oblast změny a prvků, které se na změně v psychoterapii podílejí, a to s ohledem na vývojové úkoly dospívání. Dále byla pozornost věnována období dospívání jako celku a následně klientům využívajících psychoterapeutických služeb.

Poslední kapitola volně uvozovala empirickou část diplomové práce. Ta byla tvořena výzkumem percepce a prožíváním změn dospívajících klientů Denního stacionáře pro

adolescenty. Výzkumná část se potýkala s řadou úskalí a limitů, které byly v práci podrobně diskutovány. Pomocí flexibilního charakteru kvalitativního designu bylo umožněno reagovat na vynořující se okolnosti již v průběhu přípravné fáze a během sběru dat. Svůj pohled na změnu a aspekty k ní vedoucí sdílelo 8 dospívajících. Informace získané pomocí rozhovorů a ohniskové skupiny byly zpracovány pomocí metody zakotvené teorie. Rozbor a analýza popisu jednotlivých aspektů, které se podílejí na změně u dospívajících, napomohly k zodpovězení výzkumných otázek a splnění stanoveného výzkumného cíle. Výsledkem práce je zmapování zkušenosti dospívajících klientů Denního stacionáře pro adolescenty s procesem změny.

V práci byla užita jak současná, tak i starší literatura zaměřená na téma změn v psychoterapeutickém procesu u dospívajících využívajících komunitní péče. Hojně bylo k sepsání práce využito dostupných elektronických zdrojů. Z rozhovorů vyvstala i otázka vhodnosti programu DSA pro určité dospívající. Program je náročný a vyžaduje od dospívajících určitou otevřenost a motivovanost, což by mohla pomoci pochopit právě teorie změn od Norcrosse et al. (2011).

Předložená práce může poskytnout odborníkům pečujícím o dospívající nahlédnutí do zkušenosti adolescentů a nechat se jimi inspirovat. Několik poznatků shrnutých na stránkách této práce může nalézt uplatnění i u sociálních pracovníků, lékařů²⁰ a učitelů, kteří se s dospívajícími také setkávají a mohou často působit i preventivně.

Díky komplexnosti, kterou oblast komunitní psychoterapie dospívajících přináší, vyvstává i otázka potřeb vzdělávání jednotlivých pracovníků a multidisciplinarity terapeutického týmu. Mohlo by být zajímavé zmapovat tyto potřeby a přínosy multidisciplinárně složeného týmu.

V psychoterapii s dětmi a dospívajícími máme často více perspektiv, např. dítě, rodič, učitel, psychoterapeut. Dochází k posunu ve stále větším zaměření na včasnou intervenci v adolescenci a k „mezerám ve výzkumu“, kde existuje pouze hypotéza o tom, proč se adolescence jeví jako rizikové období pro nástup poruch nálady, jako je deprese a úzkosti. Zde spatřujeme potřebnost budoucího výzkumného směřování.

²⁰ Hannesdóttir (2002) považuje trénink, postoje a dovednosti ambulantních pediatriů za důležité při rozpoznávání psychiatrických poruch u dětí a dospívajících.

6 Seznam použité literatury

- Alberti, G. G., Martorano, A., & Martorano, B. (2013). The competing influences of initial depressive symptomatology and early alliance on early outcome: A preliminary study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 109-118.
- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S., & Neeb, A. A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. American Psychological Association.
- Anand, S. A., Houston, L. J., Avent, L. C., & Glenn, T. (2019). Outpatient group art therapy in a psychiatry residency program. *Art Therapy*, 36(1), 5-14.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. *Therapy as social construction*, 25-39.
- Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents. *American journal of psychiatry*, 150(12), 1779-91.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Asen, E. (2004). Collaborating in promiscuous swamps—the systemic practitioner as context chameleon?. *Journal of Family Therapy*, 26(3), 280-285.
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. *Hubble, M., Duncan, BL, Miller, SD (eds.)*, 20-53.
- Balcar, K., Langmeier, J., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., & Caldentey, M. A. (2015). Promoting psychosocial adaptation of youths in residential care through animal-assisted psychotherapy. *Child abuse & neglect*, 50, 193-205.
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 71(3), 233-245.
- Becht, A. I., Nelemans, S. A., Branje, S. J., Vollebergh, W. A., Koot, H. M., Denissen, J. J., & Meeus, W. H. (2016). The quest for identity in adolescence:

Heterogeneity in daily identity formation and psychosocial adjustment across 5 years. *Developmental Psychology*, 52(12), 2010.

- Belcher, B. R., Zink, J., Azad, A., Campbell, C. E., Chakravarti, S. P., & Herting, M. M. (2020). The roles of physical activity, exercise, and fitness in promoting resilience during adolescence: effects on mental well-being and brain development. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*.
- Benthin, A., Slovic, P., & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of adolescence*, 16(2), 153-168.
- Berger, K. S. (2011). *The developing person through the lifespan* (8th ed.). New York, NY: Worth.
- Betzalel, N., & Shechtman, Z. (2017). The impact of bibliotherapy superheroes on youth who experience parental absence. *School Psychology International*, 38(5), 473-490.
- Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 301-317.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. A. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, 53(1), 13-29.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Blakemore, S. J., & Frith, U. (2005). The learning brain: lessons for education: a précis. *Developmental science*, 8(6), 459-465.
- Blatný, M. (Ed.). (2017). *Psychologie celoživotního vývoje*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). *Clients: The neglected common factor in psychotherapy*.
- Bolton Oetzel, K., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215.
- Boston, P. (2000). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in psychiatric treatment*, 6(6), 450-457.

- Brody, M. L., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2005). Treatment preferences of patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 352-356.
- Brown, H. E., Pearson, N., Braithwaite, R. E., Brown, W. J., & Biddle, S. J. (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents. *Sports medicine*, 43(3), 195-206.
- Burns, B. J., & Friedman, R. M. (1990). Examining the research base for child mental health services and policy. *The Journal of Mental Health Administration*, 17(1), 87-98.
- Burns, B. J., Schoenwald, S. K., Burchard, J. D., Faw, L., & Santos, A. B. (2000). Comprehensive community-based interventions for youth with severe emotional disorders: Multisystemic therapy and the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 9(3), 283-314.
- Bukowski, W. M., Schwartzman, A., Santo, J. B., Bagwell, C., & Adams, R. (2009). Reactivity and distortions in the self: Narcissism, types of aggression, and the functioning of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis during early adolescence. *Development and psychopathology*, 21(4), 1249.
- Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D. & Gutiérrez, C. (2016). Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25, 73-92.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of family therapy*, 36(2), 107-157.
- Casey, B. J., Galvan, A., & Hare, T. A. (2005). Changes in cerebral functional organization during cognitive development. *Current opinion in neurobiology*, 15(2), 239-244
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental review*, 28(1), 62-77.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health rep*, 100(2), 126-131.
- Catli, G., Abaci, A., Bober, E., & Büyükgebiz, A. (2013). Clinical and diagnostic characteristics of hyperprolactinemia in childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 26(1-2), 1-11.

- Cicchetti, D. (2010). Developmental psychopathology. *The Handbook of Life-Span Development*.
- Ciesielski R. (2020) Positive Child and Adolescent Psychotherapy. In: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_16
- Cluver, L., & Gardner, F. (2007). The mental health of children orphaned by AIDS: a review of international and southern African research. *Journal of child and adolescent Mental Health*, 19(1), 1-17.
- Coholic, D., Eys, M., & Lougheed, S. (2012). Investigating the effectiveness of an arts-based and mindfulness-based group program for the improvement of resilience in children in need. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 833-844.
- Coleman, J. C., Coleman, J., & Hagell, A. (Eds.). (2007). *Adolescence, risk and resilience: Against the odds* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- Côté, J. E. (2006). Emerging adulthood as an institutionalized moratorium: Risks and benefits to identity formation. In J. J. Arnett & J. T. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*, (pp. 85-116). Washington D.C.: American Psychological Association Press.
- Crain, W. (2005). *Theories of development concepts and applications* (5th ed.). New Jersey: Pearson.
- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1984). *Being adolescent*. Basic Books.
- Dallos, R., & Draper, R. (2010). *An introduction to family therapy: Systemic theory and practice*. McGraw-Hill Education (UK).
- Dallos, R., & Vetere, A. (2014). Systemic therapy and attachment narratives: Attachment narrative therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 494-502.
- Danielson, C. K., Overholser, J. C., & Butt, Z. A. (2003). Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(11), 762-765.
- De Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical psychology review*, 33(5), 698-711.

- De Wilde, E. J., Kienhorst, C. W. M., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1994). Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, 29(113), 49.
- Dearing, R. L., & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association.
- Dellaira, A. (2015). *Dopisy na konec světa*. Yoli
- Denzin N. K. & Lincoln Y. S. (2003). „Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research.“ P. 1-45 in: Denzin N. K., Lincoln Y. S. *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage
- Dolgin, K. G. (2011). *The adolescent: Development, relationships, and culture (13th ed.)*. Boston, MA: Pearson.
- Dudová, R. (2010). Kvalitativní metodologie sociologického výzkumu: konstruktivistická grounded theory a „rozumějící rozhovor“. *ŠUBRT, J., aj. Soudobá sociologie IV: aktuální a každodenní*. Praha: Karolinum, 364-383.
- Dunkel, C.S. & Sefcek, J. a., 2009. Eriksonian lifespan theory and life history theory: An integration using the example of identity formation. *Review of General Psychology*
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalglish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., ... & Lim, C. (2006). Youth risk behavior surveillance—United States, 2005. *Journal of school health*, 76(7), 353-372.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034
- Erikson, E. H. (1996). *Osm věků člověka*. Praha: Portál.
- Ernest, R. (2009). *Komunitní terapie poruch osobnosti*.
- Ernst, M., Nelson, E. E., Jazbec, S., McClure, E. B., Monk, C. S., Leibenluft, E., ... & Pine, D. S. (2005). Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents. *Neuroimage*, 25(4), 1279-1291.

- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16(5), 319.
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of sport and exercise psychology*, 21(1), 52-69.
- Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom?: a critical review of treatments for children and adolescents*. Guilford Publications.
- Fraser, K., MacKenzie, D., & Versnel, J. (2019). What is the Current State of Occupational Therapy Practice with Children and Adolescents with Complex Trauma?. *Occupational Therapy in Mental Health*, 35(4), 317-338.
- Frydenberg, E., 2008. *Adolescent coping. Advances in theory, research and practice.*, East Sussex: Psychology Press/Routledge.
- Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G., & Casey, B. J. (2007). Risk-taking and the adolescent brain: Who is at risk?. *Developmental science*, 10(2), F8-F14.
- Geisler, U., & Muttonhammer, J. (2016). *Achtsamkeitsübungen mit Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie*. Junfermann Verlag GmbH.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., ... & Metzke, C. W. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 129-156.
- Gibson, K., Cartwright, C., Kerrisk, K., Campbell, J., & Seymour, F. (2016). What young people want: A qualitative study of adolescents' priorities for engagement across psychological services. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1057-1065.
- Gladstone, T., Buchholz, K. R., Fitzgibbon, M., Schiffer, L., Lee, M., & Voorhees, B. W. V. (2020). Randomized clinical trial of an internet-based adolescent depression prevention intervention in primary care: internalizing symptom outcomes. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7736.

- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.
- Goossens, L. (2006). The many faces of adolescent autonomy: Parent-adolescent conflict, behavioral decision-making, and emotional distancing.
- Gorba, M. (2019). *Psychomotorická terapie, využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů* (Doctoral dissertation, Masaryk University, Faculty of Sports Studies).
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over Mood: a cognitive therapy treatment manual for clients*. Guilford press.
- Greenfield, S. (2016). *Změna myšlení: jak se mění naše mozky pod vlivem digitálních technologií*. Albatros Media as.
- Haen, C., & Aronson, S. (2016). *Handbook of child and adolescent group therapy: A practitioner's reference*. Taylor & Francis.
- Hagen, K. A., Myers, B. J., & Mackintosh, V. H. (2005). Hope, social support, and behavioral problems in at-risk children. *American journal of orthopsychiatry*, 75(2), 211-219.
- Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A., Muris, P., Van Hoof, A., & Meeus, W. H. (2009). One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1218-1226.
- Hannesdóttir, H. (2002). *Studies on child and adolescent mental health in Iceland [PhD Thesis]*. Turku: Turun Yliopiston.
- Harter, S. (2012). *Emerging self-processes during childhood and adolescence*.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník: Třetí, aktualizované vydání*. Portál
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-7.
- Hátlová, B. (2003). *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Karolinum.
- Havighurst, R. J., & Glasser, R. (1972). An exploratory study of reminiscence. *Journal of gerontology*.

- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 18.
- Hejzlar, P., Pfeiffer, J., Paleček, J., Pěč, O., Koblík, K., Lorenc, J., ... & Fiala, M. (2010). Na cestě ke komunitní psychiatrii.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Portál.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. Guilford Press.
- Henriksen, A. K. (2014). Adolescents' reflections on successful outpatient treatment and how they may inform therapeutic decision making—A holistic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 284.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 42(4), 431.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29
- Hoagwood, K. E., Acri, M., Morrissey, M., & Peth-Pierce, R. (2017). Animal-assisted therapies for youth with or at risk for mental health problems: A systematic review. *Applied Developmental Science*, 21(1), 1-13.
- Hooker, K. E., & Fodor, I. E. (2008). Teaching mindfulness to children. *Gestalt review*, 12(1), 75-91.
- Hupp, S., Macphee, F. L., & Pelham Jr, W. E. (2018). The Science of Psychotherapy with Youth. *Child and Adolescent Psychotherapy: Components of Evidence-Based Treatments for Youth and their Parents*, 1.
- Chamove, A. S. (1986). Positive short-term effects of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 125-133.
- Charmaz, K., & Henwood, K. (2017). Grounded theory methods for qualitative psychology. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*, 2, 238e256.

- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. *Developing grounded theory: The second generation*, 127-154.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chitic, V., Rusu, A. S., & Szamoskozi, S. (2012). The Effects of Animal Assisted Therapy on Communication and Social Skills: A Meta-Analysis. *Transylvanian Journal of Psychology*, 13(1).
- Irving, J. (2003). *Svět podle Garpa*. Odeon.
- Jessiman, P., Hackett, S. & Carpenter, J. (2017). Children's and carers perspectives of a therapeutic intervention for children affected by sexual abuse. *Child & Family Social Work*, 22, 1024-1033.
- Jones, M. G., Rice, S. M., & Cotton, S. M. (2019). Incorporating animal-assisted therapy in mental health treatments for adolescents: A systematic review of canine assisted psychotherapy. *PloS one*, 14(1), e0210761.
- Jones, M. (1968). Therapeutic community principles within the hospital, and in the outside community. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84-90.
- Jordan, D. T. L. (2000). *Human Behavior and the Social Environment I*.
- Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the national academy of sciences*, 107(38), 16489-16493.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing as.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Grada Publishing as.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428.
- Kazdin, A. E. (2004). Evidence-based treatments: Challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 13(4), 923-940.
- Keating, D. P., Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). Cognitive and brain development. *Handbook of adolescent psychology*, 2, 45-84.
- Kennard, D. (2004). The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 295-307.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1167-1175.

- Kennedy, E. (2004). Child and adolescent psychotherapy: A systematic review of psychoanalytic approaches. North Central London Strategic Health Authority.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., ... & Merikangas, K. R. (2012). Lifetime comorbidity of DSM-IV disorders in the NCS-R adolescent supplement (NCS-A). *Psychological medicine*, 42(9), 1997.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49.
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2019). Specifika posttraumatické stresové poruchy v dětství a dospívání. *Czecho-Slovak Pediatrics/Cesko-Slovenska Pediatrie*, 74(4).
- Konrath, S. H., O'Brien, E. H., & Hsing, C. (2011). Changes in dispositional empathy in American college students over time: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 15(2), 180-198.
- Kornienko, O., Santos, C. E., Martin, C. L., & Granger, K. L. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental psychology*, 52(10), 1578.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Academia.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. (3. vyd.). Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Krause, K., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2020). A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-13.
- Krch, D. F. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy*, 2. vydání. Praha: Grada.
- Kubíková, S. (2018). *Ergoterapie v dětské psychiatrii* (Doctoral dissertation, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií).

- Kuhnen, C. M., & Knutson, B. (2005). The neural basis of financial risk taking. *Neuron*, 47(5), 763-770.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Laursen, B., & Hartl, A. C. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1261-1268.
- Lee FS, Heimer H, Giedd JN, Lein ES, Sestan N, Weinberger DR, et al. (2014): Mental health. Adolescent mental health—opportunity and obligation. *Science* 346:547–549.,
- Leiberg, S., Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Short-term compassion training increases prosocial behavior in a newly developed prosocial game. *PloS one*, 6(3), e17798.
- Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 30(6), 718-729.
- Lentini, J. A., & Knox, M. S. (2015). Equine-facilitated psychotherapy with children and adolescents: An update and literature review. *Journal of Creativity in Mental Health*, 10(3), 278-305.
- Levesque, R. J. (Ed.). (2011). *Encyclopedia of adolescence*. Springer Science & Business Media.
- Lewis-Fernández, R., & Kleinman, A. (1994). Culture, personality, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 67.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.
- Macháčková, S. (2019). Arteterapie jako podpora zdraví u psychiatrických pacientů.
- Manning, N., & Morant, N. (2004). Principles and practices in therapeutic community research. *A culture of enquiry: Research evidence and the therapeutic community*, 6, 21-35.

- Mansfeld, K. (2002). *Meta-analysis of animal assisted therapy: A literature review* (Doctoral dissertation, Doctoral thesis, University of Vienna, School of Humanities and Social Sciences, Institute of Psychology).
- Mára, P. (2020). PODCAST #18 TOMÁŠ ŠEBEK - Všechno to dobře dopadne. <https://www.youtube.com/watch?v=cB5yMhnG5c8> Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=cB5yMhnG5c8>
- Matoušová, K. (2018). Humor jako protektivní faktor v psychoterapii.
- Matýsová, M. (2008). Canisterapie.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- McNamee, S. (2004). Promiscuity in the practice of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 26(3), 224-244.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of child psychotherapy*, 37(3), 232-260.
- Midgley, N., Capella, C., Goodman, G., Lis, A., Noom, M., Tishby, O., & Weitkamp, K. (2018). Introduction to the special section on child and adolescent psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 28(1), 1-2.
- Milkman, H. B., & Wanberg, K. W. (2012). Criminal conduct and substance abuse treatment for adolescents: Pathways to self-discovery and change: the provider's guide. Sage.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T., & Goldklang, A. R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*, 245-263.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing
- Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. I. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244(4907), 933-938.

- Muela, A., Balluerka, N., Amiano, N., Caldentey, M. A., & Aliri, J. (2017). Animal-assisted psychotherapy for young people with behavioural problems in residential care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), O1485-O1494.
- Nedvědová, M. (2008). Canisterapie v dětské psychiatrii. *Kontakt, České Budějovice: JU ZSF*, 10, 62-67.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154.
- Özdemir, A., Utkualp, N., & Palloş, A. (2016). Physical and psychosocial effects of the changes in adolescence period. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 717-723.
- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Ross, D. A., Viner, R. M., & Santelli, J. S. (2016). From advocacy to action in global adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 375-377.
- Pearsall, P. (2011). 500 therapies: Discovering a science for everyday living.
- Petermann, U., Petermann, F., & Franz, M. (2010). Erziehungskompetenz und Elterntraining. *Kindheit und Entwicklung*.
- Pfeiffer, J. (1990). Ergotherapie II. *Avicenum Praha*, 169.
- Piaget, J. I. (2001). Bärbel: Psychologie dítěte. *Praha: Portál*.
- Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 436-442.
- Platt, S., Arensman, E., & Rezaeian, M. (2019). National suicide prevention strategies—progress and challenges.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (2018). *Změna k lepšímu*. Portál
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people?
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Rennie, D. L., & Fergus, K. D. (2006). Embodied categorizing in the grounded theory method: Methodical hermeneutics in action. *Theory & Psychology*, 16(4), 483-503.

- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D., & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and psychopathology*, 12(2), 215-234.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412.
- Rousseau, C., Drapeau, A., Lacroix, L., Bagilishya, D., & Heusch, N. (2005). Evaluation of a classroom program of creative expression workshops for refugee and immigrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 180-185.
- Rubenstein, A. K. (2003). Adolescent psychotherapy: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 59(11), 1169-1175.
- Russell, R., Shirk, S., & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18(1), 15-27.
- Ryan, A. M., Shim, S. S., & Makara, K. A. (2013). Changes in academic adjustment and relational self-worth across the transition to middle school. *Journal of youth and adolescence*, 42(9), 1372-1384.
- Ryum, T. (2012). Contribution of the therapeutic bond, therapist interventions and their interaction to outcome in psychotherapy.
- Santrock, J. W. (2010). *Adolescence* (13th ed.). New York, NY: McGraw Hill.
- Seime, R. J., & Vickers, K. S. (2006). The challenges of treating depression with exercise: from evidence to practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 194-197.
- Seivert, N. P., Cano, A., Casey, R. J., Johnson, A., & May, D. K. (2018). Animal assisted therapy for incarcerated youth: A randomized controlled trial. *Applied developmental science*, 22(2), 139-153.
- Sexton, T. L., & Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: Its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 53(3), 415-433.
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 144.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17.

- Schaefer, C. E. (Ed.). (2003). *Play therapy with adults*. John Wiley & Sons.
- Schaller, G., Blanck, P., Vogel, E., Vonderlin, E., Bents, H., & Mander, J. (2018). Therapeutic processes in group therapy: Intersections between general change mechanisms and motivational stages of change from patient perspective. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20(3), 312-336.
- Shechtman, Z. (2017). *Group counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory, research, and practice*. Routledge.
- Schwartz, P. D., Maynard, A. M., & Uzelac, S. M. (2008). Adolescent egocentrism: A contemporary view. *Adolescence*, 43, 441-447.
- Simons, M. (2012). Thinking differently—metacognitive therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a treatment plan. *Verhaltenstherapie*, 22(4), 259-267.
- Skorunková, R. (2013). *Základy vývojové psychologie*. Gaudeamus.
- Slámová, L. (2011). *Využití canisterapie u dětí s psychickou poruchou na dětském oddělení v Psychiatrické léčebně Kroměříž*.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Snelová, E. (2019). *Zachovejte klid, vaše žabka dospívá - Cvičení mindfulness pro rodiče a jejich teenagery*. BizBook.
- Spiegel, D., Malchiodi, C., Backos, A., & Collie, K. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy*, 23(4), 157-164.
- Stanton, M., & Welsh, R. (2012). Systemic thinking in couple and family psychology research and practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 14.
- Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., & Taormina, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41(161).
- Stefanini, M. C., Martino, A., Allori, P., Galeotti, F., & Tani, F. (2015). The use of Animal-Assisted Therapy in adolescents with acute mental disorders: A randomized controlled study. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(1), 42-46.

- Stehlíková, P. (2010). *Stres u dětí-relaxační techniky a možné využití bazénové terapie při zvládnání stresových situací u dětí.*
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: what changes, and why?. In *Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities, Sep, 2003, New York, NY, US; This paper is the result of the aforementioned conference which was cosponsored by the New York Academy of Sciences and the University of Pittsburgh School of Medicine, Center for Continuing Education..* New York Academy of Sciences.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology, 52*(1), 83-110.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental review, 28*(1), 78-106.
- Strauss, A. L. & Corbin J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Brno: Sdružení Podané ruce
- Sturman, D. A., & Moghaddam, B. (2011). The neurobiology of adolescence: changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*(8), 1704-1712.
- Sudmann, T. T., & Breivik, J. K. (2018). special issue on community work and going global in Scandinavian Welfare States. *Community Development Journal, 53*(3), 407-423.
- Šugrová, H. (2005). *Terapeutická komunita jako možnost návratu.*
- Švaříček, R. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* PORTÁL sro.
- Tamm, L., Menon, V., & Reiss, A. L. (2002). Maturation of brain function associated with response inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1231-1238.
- Teoh, H.J. & Rose, P. (2001). Child mental health: Integrating malaysian needs with international experiences. In Amber, H. (Ed.), *Mental Health in Malaysia: Issues and Concerns,* Kuala Lumpur: University Malaya Press.
- Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology, 76*(4), 625-645.
- Tsujimoto, S. (2008). The prefrontal cortex: Functional neural development during early childhood. *The Neuroscientist, 14*(4), 345-358.

- Tyler, S. (2020). Psychosocial Development in Adolescence. *Human Behavior and the Social Environment I*.
- Ugurlu, N., Akca, L., & Acarturk, C. (2016). An art therapy intervention for symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety among Syrian refugee children. *Vulnerable children and youth studies, 11(2)*, 89-102.
- ÚZIS, Č. (2015). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Cit, 27*, 2018.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Karolinum Press.
- Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies, 21(1)*, 139-147.
- Vassilopoulos, S. P., Brouzos, A., Damer, D. E., Mellou, A., & Mitropoulou, A. (2013). A psychoeducational school-based group intervention for socially anxious children. *The Journal for Specialists in Group Work, 38(4)*, 307-329.
- Víchová, V. (2016). Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá. Portál.
- Vorrath, H. H., & Brendtro, L. K. (1985). *Positive peer culture*. Transaction Publishers.
- Vranka, M. (2013). Bariéry kritického myšlení v psychoterapii. In A. Neusar, M. Charvát, M. Dolejš, D. Janečková, & R. Procházka, (Eds.). *PhD existence III: Sborník příspěvků* (s. 24- 30). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Vranko, M., Velimirović, I., & Jendričko, T. (2020). Perceived Social Support of Patients Involved in the Psychotherapeutic Treatment. *Archives of Psychiatry Research: An International Journal of Psychiatry and Related Sciences, 57(1)*, 53-60.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. PORTÁL sro.
- Vygotskij, L. S. (2004). *Psychologie myšlení a řeči*. Portál.
- Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology, 10(2)*, 69-86.
- Watson, H. J., Allen, K., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. R. (2012). Does enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders improve quality of life?. *European Eating Disorders Review, 20(5)*, 393-399.

- Watzlawick, P., Bavelasová, J. B., & Jackson, D. D. (1999). Pragmatika lidské komunikace. *Hradec Králové: Konfrontace, 1999*, 243.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., ... & Weersing, V. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist, 72*(2), 79.
- Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 576-582.
- Wilson G. T, Becker C. B, Heffernan K. (2003). Eating disorders. *Child psychopathology*, 2nd ed. New York, NY, US: *Guilford Press*; p. 687–715.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie* (Vydání třetí, v Portále druhé). Praha: Portál.
- Yau, J. C., & Reich, S. M. (2018). “It’s just a lot of work”: Adolescents’ self-presentation norms and practices on Facebook and Instagram. *Journal of Research on Adolescence, 29*(1), 196-209.
- Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current opinion in neurobiology, 17*(2), 251-257.
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 17*(5), 338-349.
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). *Zázrak tří květin*. Portál
- Zatloukal, L. (2010). Význam teoretického rámce ve výzkumu psychoterapie „z postmoderní perspektivy“. *E-psychologie, 4*(3).
- Zeig, J. K. (2005). *Umění psychoterapie*. Portál.
- Žižlavský, M. (2003). *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Masarykova univerzita.

7 Seznam obrázků

Obrázek 1 Znázornění situace na začátku docházení na DSA.....	60
Obrázek 2 Mapa aspektů podporujících změnu během docházení na DSA.....	61
Obrázek 3 Znázornění situace na konci docházení na DSA.....	62

8 Seznam použitých zkratk

AAT	Animal assisted therapy
ČR	Česká republika
DSA	Denní stacionář pro adolescenty
EK	Etická komise
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
LTV	Léčebný tělocvik
MBI	Mindfulness-based interventions
PPP	Poruchy příjmu potravy
RT	Rodinná terapie
TK	Terapeutická komunita
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

