Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Skupinový metakognitivní trénink pro adolescenty s úzkostí

The Group Metacognitive Training for Adolescents with Anxiety

Mgr. Natalie Migasová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Praha 2022

Odevzdáním této rigorózní práce na téma „Skupinový metakognitivní trénink pro adolescenty s úzkostí“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 30. května 2022

Podpis .....

Poděkování

Děkuji účastníkům skupinové terapie za participaci ve výzkumu a mému pracovnímu týmu za podporu. Největší děkuji patří mým rodičům a příteli za trpělivost, lásku a pochopení.

ABSTRAKT

Rigorózní práce je zaměřena na překlad, vytvoření a následné použití metakognitivního tréninku (MCT) u adolescentů s úzkostí ve skupinové terapii. Teoretická část se zabývá obdobím dospívání, problematikou úzkostných poruch a popisem metakognitivního tréninku. Je doplněna o bohaté zastoupení aktuálních výzkumů o duševním zdraví adolescentů a o přehled využití metakognitivní terapie u různých duševních poruch. Námi vytvořený program jsme rozdělili po vzoru již existujících tréninků do 8 modulů, s pevně danou strukturou konající se 1x týdně. Každý modul je zaměřen na specifické téma, které se týká symptomů úzkosti a k tréninku slouží i pracovní listy vytvořené pro každý modul.

Pomocí kvaziexperimentu jsme v rámci pretestu a posttestu pomocí standardizovaných metod STAI měřili aktuální míru úzkosti, a díky PHCSCS-2 celkové sebepojetí. Také jsme zjišťovali subjektivní pocit úzkosti, deprese, tendence k sebepoškozování a potíží se školní docházkou. V experimentální skupině se tréninku zúčastnilo celkem 7 dospívajících a v kontrolní skupině bylo 8 účastníků. Pět rodičů vyplnilo zpětnou vazbu v pretestu i posttestu. Výsledky výzkumu ukazují větší snížení úzkosti a zvýšení sebepojetí u experimentální skupiny oproti kontrolní. V ostatních proměnných nebyl rozdíl či experimentální skupina nedosahovala lepších výsledků než kontrolní.

Účastníci MCT subjektivně vnímali přínos skupiny zejména v sociálním aspektu, kdy byli mezi vrstevníky s podobými problémy, a v získání odborných rad, zejména jak pracovat s úzkostí. Také se zlepšil pohled na sebe sama. Rodiče oceňují lepší projev emocí a zvládání náročných stavů u jejich dětí a také jsou rádi, že měly možnost sdílet své potíže se skupinou, která je přijala.

Podařilo se nám vytvořit novou metodu pro práci s dospívajícími, aplikovat ji v praxi a zároveň změřit její efektivitu. Ač se výsledky nedají interpretovat na celou populaci a vztahují se pouze k tomuto výzkumu, vnímáme velký potenciál v metakognitivním tréninku a díky této pilotní studii máme výborné podmínky pro realizaci dalších výzkumů.

Klíčová slova: metakognitivní trénink, metakognitivní terapie, KBT, úzkost, dospívající, MCT, skupinová terapie, sebepojetí, sebepoškozování

ABSTRACT

The rigorous thesis is focused on the translation, creation and subsequent use of metacognitive training (MCT) in adolescents with anxiety in group therapy. The theoretical part deals with adolescence, anxiety and with description of metacognitive training. It is supplemented by a rich representation of current research about the mental health of adolescents and the effectiveness of metacognitive therapy applied in various mental disorders. According to existing trainings, the program created by us is divided into 8 modules, with a fixed structure, held once a week. Each module focuses on a specific topic that concerns anxiety, and worksheets for each module are also used for training.

Using a quasi-experiment, we measured the current level of anxiety in the pretest and posttest using standardized method STAI, and the overall self-concept measured with PHCSCS-2. We found subjective feeling of anxiety, depression, a tendency to self-harm and difficulty attending school. A total of 7 participants participated in the experimental group and 8 participants were in the control group. Five parents filled in the pretest and posttest feedback. The results of the research show a greater reduction in anxiety and an increase in self-concept in the experimental group compared to the control group. There was no difference in the other variables or the experimental group did not perform better than the control group.

MCT participants subjectively perceived the group's contribution, especially in the social aspect, when they were among a group of people with similar problems, and gaining professional advice, especially how to work with anxiety. The view of oneself has also improved. Parents appreciate the better expression of their children's emotions and coping with stress, as well as the opportunity to share their difficulties with the group that accepts them.

We managed to create a new method for working with adolescents, apply it in practice and at the same time measure its effectiveness. Although the results cannot be interpreted for the whole population of adolescents and it is related only to this research, we perceive great potential in metacognitive training and thanks to this pilot study we have excellent conditions for further research.

Keywords: metacognitive training, metacognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, anxiety, adolescents, MCT, group therapy, self-concept, self-harm

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		**7**
ÚVOD		**10**
TEORETICKÁ ČÁST		**12**
1	**Specifika vývoje v dospívání**	**13**
1.1	Specifikace období dospívání	13
1.1.1	Dělení období dospívání	13
1.1.2	Tělesné projevy v dospívání	14
1.1.3	Vývoj myšlení a osobnosti	14
1.2	Emoční vývoj u dospívajících a jeho specifika	15
1.2.1	Běžné projevy emocí a chování v dospívání	16
1.2.2	Emoční regulace	17
1.3	Rozvoj psychopatologie u dospívajících	18
2	**Úzkost**	**19**
2.1	Klasifikace úzkostné poruchy	19
2.1.1	Generalizovaná úzkostná porucha	20
2.2	Kognitivní procesy při úzkosti	21
2.3	Chování během úzkosti	23
2.3.1	Metakognitivní přesvědčení během úzkosti u dospívajících	24
2.3.2	Míra úzkosti u dospívajících	24
2.4	Možnosti léčby úzkosti u dospívajících	24
2.5	Aktuální výzkumy o dopadu COVID-19 na duševní zdraví dětí	27
2.6	Výzkumy o úzkosti u adolescentů dle poruch	29
3	**Metakognitivní terapie**	**35**
3.1	Metakognice	35
3.2	Rozvoj metakognice u dětí a dospívajících	36
3.2.1	Teorie metakognice	37
3.3	Kognitivně behaviorální terapie	38
3.4	Metakognitivní terapie	38
3.4.1	Metakognitivní trénink	40
3.5	Využití metakognitivní terapie	42
3.6	Účinky metakognitivního tréninku u dospělých	42
3.6.1	Výzkum využití MCT u deprese	42
3.6.2	Metakognitivní terapie při léčbě úzkosti	44
3.6.3	Metakognitivní terapie pro léčbu psychózy	45
3.6.4	Metakognitivní terapie OCD	46
3.6.5	Metakognitivní terapie pro hraniční poruchu osobnosti	48

3.6.6 Další výzkumy ... 48
3.6.7 Vedlejší účinky MCT ... 50
4 Metakognitivní trénink u adolescentů ... 51
4.1 Specifika metakognitivní terapie u dětí ... 51
4.2 Výzkumy o metakognitivní terapii u dětí ... 53
4.3 Výzkumy o využití metakognitivní terapie u adolescentů ... 54
4.3.1 Využití metakognitivního tréninku v procesu učení ... 55
4.3.2 Metakognitivní trénink pro adolescenty s PAS ... 56
4.3.3 Metakognitivní trénink u dětí s ADHD ... 57
4.3.4 Další využití metakognitivního tréninku ... 58
4.3.5 Závěr teoretické části ... 58
EMPIRICKÁ ČÁST ... 59
5 Výzkumný problém ... 60
6 Typ výzkumu a použité metody ... 61
6.1 Metody sběru dat ... 62
6.1.1 Dotazník vlastní konstrukce ... 62
6.1.2 Měření aktuální úzkosti (STAI) ... 63
6.1.3 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2 ... 64
6.2 Výzkumné otázky a hypotézy ... 64
7 Sběr dat a výzkumný soubor ... 66
7.1 Výzkumný soubor ... 66
7.1.1 Kritéria pro účast ve skupině ... 67
7.1.2 Experimentální skupina ... 67
7.1.3 Kontrolní skupina ... 68
7.2 Etické hledisko a ochrana soukromí ... 70
8 Popis metakognitivního tréninku ... 72
8.1 Adaptace programů do českého jazyka ... 72
8.2 Popis jednotlivých modulů ... 73
8.2.1 Modul 1 – Úvodní setkání ... 73
8.2.2 Modul 2 – Katastrofizace a ruminace ... 74
8.2.3 Modul 3 – Relaxace a práce s dechem ... 76
8.2.4 Modul 4 – Sociální situace a atribuce ... 78
8.2.5 Modul 5 – Vyvozování závěrů ze situací ... 80
8.2.6 Modul 6 – Paměť a pozornost ... 81
8.2.7 Modul 7 – Sebevědomí a sebepojetí ... 83
8.2.8 Modul 8 – Závěrečný opakovací modul ... 84
8.3 Pracovní listy k modulům ... 84
9 Práce s daty a výsledky ... 85
9.1 Data z dotazníků před zahájením intervence ... 85
9.1.1 Dotazníky od účastníků před zahájením tréninku ... 85

9.1.2 Dotazníky rodičů před zahájením tréninku 88
9.2 Výsledky výzkumu 91
9.2.1 Výsledky pretestu a posttestu v experimentální a kontrolní skupině 92
9.2.2 Výsledky pretestu a posttestu v experimentální skupině u rodičů a dětí 95
9.3 Zpětná vazba od účastníků po skončení MCT 95
9.3.1 Zpětná vazba k jednotlivým setkání 95
9.3.2 Zpětná vazba od účastníků skupiny 97
9.3.3 Zpětná vazba rodičů účastníků skupiny 99
9.4 Odpovědi na hypotézy a výzkumné otázky 101
9.4.1 Shrnutí výsledků výzkumu 103
10 Diskuze 105
11 Závěr 112
LITERATURA 114

ÚVOD

V rámci této rigorózní práce jsem se rozhodla propojit mou zálibu v kognitivně behaviorální terapii se současnou potřebou řešit zvýšenou úzkost u adolescentů. Jak se dočtete v teoretické části, nárůst úzkosti je patrný nejen po roce distanční výuky, ale i se změnou naší společnosti a jejích nároků. Jelikož pracuji v ambulantním zařízení, kde se denně setkávám s dospívajícími klienty a klientkami s výraznou úzkostí, přítomností sebepoškozování, hladovění, sociální fobií či s depresí, rozhodla jsem se převzít ze zahraničí velmi úspěšný metakognitivní trénink a aplikovat ho ve skupinové terapii.

Odborníci mají v současnosti plné kapacity a často nemohou rychle pomoci dětem a dospívajícím s akutními psychickým i potížemi. Proto přináším nástroj, který je možno používat ve větším počtu lidí najednou. Kromě tradičních metod práce s úzkostí (farmakoterapie, psychoterapie, relaxační techniky atd.) vnímám potřebu tréninku dovedností, které mají vliv na vnímání problematiky úzkosti jako celku. Dovednosti, které by měl metakognitivní trénink zlepšit, jsou popsány v teoretické části práce. Výhodou je také získání dobré zkušenosti ve vrstevnické skupině s lidmi, co sdílí podobné obtíže. Zároveň jeho přínos vnímám u těch, kteří mají sociální úzkosti a nechtějí mluvit „v kolečku“ před ostatními, jako to bývá u skupinových terapií běžné.

Metakognitivní trénink je součástí kognitivně behaviorální terapie a jak se dozvíte, pracuje zejména s „myšlením o myšlení“. Lze aplikovat jak individuálně, tak i ve skupinové terapii. Důvodem, proč jsem vytvořila právě metakognitivní trénink pro adolescenty s úzkostí, je možnost pomoci více lidem během stejné doby a vybavit je konkrétními postupy a technikami. Vycházela jsem z již vzniklých metakognitivních tréninků např. pro depresi či hraniční poruchu osobnosti, které jsem přeložila z anglického jazyka a upravila tak, aby odpovídaly myšlenkovým procesům u úzkosti, a byly zajímavé pro adolescenty. Právě překladem a vytvořením úplně nového strukturovaného tréninku se zabývá první část empirického bádání v této práci.

Ve druhé části poté ověřuji vliv metakognitivního tréninku zejména na úzkost, ale i depresivní náladu a myšlenky na sebepoškozování. Kromě názoru samotných účastníků mě zajímá i pohled rodičů. Pro zajištění objektivity je součástí výzkumu také kontrolní skupina, jejíž účastníci navštěvovali zařízení a potýkali se s velmi podobnou symptomatikou ve stejné věkové skupině dospívajících.

Cílem této práce je tedy představit metakognitivní trénink pro adolescenty s úzkostí a zjistit, zdali je ve skupinové terapii tento přístup účinný pro snížení vnímané úzkosti. Velkým přínosem práce je také přehled současných výzkumů zejména po roce 2020/2021, kdy dominující formou vzdělávání byla kvůli COVID-19 online výuka. Setkávám se v praxi s velkými potížemi s návratem zpět do režimu prezenční výuky. Díky nácvikům, praktickým ukázkám a domácím úkolům (na kterých mimo jiné spolupracují i rodiče), získají klienti i odborníci konkrétní nástroj pro práci s úzkostí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPECIFIKA VÝVOJE V DOSPÍVÁNÍ

1.1 Specifikace období dospívání

Období dospívání obecně dělíme na pubescenci a adolescenci. Kromě fyzických změn, jako pohlavní zrání a akcelerace růstu, provází dospívání také výrazné psychické změny. Jedná se o objevování nových pudových potřeb a jejich uspokojování, emoční labilitu až přecitlivělost, silně prožívané reakce na kritiku, a o nástup formálně abstraktního způsobu myšlení, který je zároveň na vrcholu. Mohou se objevovat potíže v koncentraci, vyšší unavitelnost, někdy i zhoršení spánku či změny v chuti k jídlu. Na změny mohou dospívající reagovat také nejistotou a úzkostí (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.1.1 Dělení období dospívání

Macek (2003) dělí dospívání na časnou adolescenci (pubescenci) tedy období 10(11) -13 let, střední adolescenci okolo 14-16 let a pozdní adolescenci od 17 do 20 let a více.

Langmeier a Krejčířová (2006) dělí dospívání na období pubescence (11-15 let), kterou ještě rozdělují na fázi prepuberty a vlastní pubertu. Dále na období adolescence (15-22 let). V pubescenci se jedná zejména o fyziologické a hormonální změny, v adolescenci je dosaženo reprodukční zralosti a dochází ke změnám v postavení jedince ve společnosti. Velmi typickým znakem u dospívajících je i vymezování se rodičům, a také projevy specifických subkultur a seskupení na základě společných zájmů, seriálů či hudby atd.

Vágnerová (2012) dělí období dospívání na prepubertu (10-12 let), pubertu – pubescenci (11-15 let) a adolescenci (15-22 let). U dívek a chlapců se může věk jednotlivých období lišit zhruba o rok až dva.

V této práci se zabýváme využitím metakognitivního tréninku ve střední a pozdní adolescenci, tedy zhruba od 13 do 18 let, kdy se předpokládá již rozvinuté abstraktní myšlení a jedinec přešel do stadia formálních operací.

1.1.2 Tělesné projevy v dospívání

Na první pohled se u adolescentů mění morfologie a vzhled, za čímž stojí hormonální systém (jež řídí zejména hypotalamus). U chlapců dochází k růstu varlat a šourku, objevuje se pubické ochlupení, zvyšuje se podíl svalové hmoty, prohlubuje se hlas a dochází k růstovému spurtu. Kůže začíná být drsnější a produkuje více maziva, může se objevovat akné. U dívek se fyziologické projevy objevují průměrně o 2 roky dříve než u chlapců. Typický je růst prsní žlázy a pubické ochlupení. Objevuje se menarche, po jehož nástupu se uvádí zpomalení či zastavení tělesného růstu. Mění se také stavba těla, tuk se rozděluje do partií jako jsou boky nebo poprsí. Dochází k prvním rozdílům ve fyzických výkonech u dívek a chlapců, jelikož u chlapců dochází k výraznějšímu rozvoji svalů a kostí. Zároveň intenzivní trénink může snížit tento nepoměr a vede k větší podobnosti mezi chlapci a dívkami (Jackson & Goossens, 2016).

1.1.3 Vývoj myšlení a osobnosti

Kognitivní vývoj u adolescentů dosahuje stádia formálních operací dle Piageta a Inhelderové (2010), s tím je spojen i rozvoj metakognice, práce s abstraktními pojmy, hledání více cest a možností k vyřešení problému. Dále dochází k rozvoji práce s hypotézami a usuzují v abstraktních pojmech.

Langmeier a Krejčířová (2006) také zmiňují důležitý rozvoj stabilní vlastní identity a individuace, s čímž se často pojí hledání odpovědí na otázky „kdo jsem“ a „kam patřím“. Vnímání svého vzhledu a projevu je také součástí dospívání, což může někdy vést k potížím se sebehodnocením, poruchami přijmu potravy či dysmorfofobii. Cílem individuace je psychická diferenciace a nezávislost.

Vágnerová (2012) zmiňuje podstatné faktory adolescence jako sebepoznávání, vývoj logického uvažování a změny sociálních rolí. Časté jsou také konflikty s rodiči – vytýkání, kritika, stud, který souvisí s emancipací.

Uhlíková (2012) shrnuje úkoly adolescence do dosažení psychické, sociální a ekonomické nezávislosti jedince. Rozvíjí se v ní hypoteticko-deduktivní myšlení, dochází ke změnám v emočním prožívání. Tuto teorii rozebírá i Branje (2018), která popisuje dočasné snížení kvality vztahu s rodiči a nárůst konfliktů mezi nimi. Rodiče a děti se stávají rovnocennějšími partnery a zároveň vzájemně více nezávislými.

Reciproční a rovnostářský pohled na vztahy mezi rodiči a dětmi je podporovaný také rozvíjejícím se abstraktním myšlením. Dochází k vyvažování rodičovské autority a potřeby autonomie dětí. Míra konfliktu záleží na historii jejich vztahu, tedy čím nižší byla kvalita vztahu, tím závažnější vztahové potíže se během dospívání mohou vyskytovat.

Dle Silbereisen et al. (1986) je vývojovými úkoly v adolescenci naučit se přijmout své tělo, připravit se na pracovní život, formovat svou identitu a sexuální roli, dosáhnout emoční autonomie vůči rodičům a rozvíjet vlastní hodnotový systém. Je podstatné, aby měli adolescenti dostatečný kontakt s vrstevníky a měli možnost se rozvíjet ve volnočasovém prostředí. Tyto volnočasové aktivity v kontextu každodenních životních situací slouží také jako simulace a definice cílů, a usnadňují nebo znemožňují pokusy o řešení problémů, které souvisí s jejich rozvojem. Jsou takovým katalyzátorem rozvoje. Vrstevnické skupiny hrají velkou roli v rozvoji ego-identity.

S obdobím dospívání se často pojí různé projevy jak v chování, tak v prožívání, které mohou být přirozené, ale někdy hraničí s patologií. Rozeznat jednotlivé stavy je někdy obtížné, proto v následujícím textu popíšeme běžné projevy spojené s dospíváním, a zároveň časté psychopatologie, které se v dospívání mohou objevit.

1.2 Emoční vývoj u dospívajících a jeho specifika

Autoři McLaughlin et al. (2015) zjišťovali v longitudinální studii, co stojí za výrazným zhoršením emocionálních stavů dětí v pubertě, oproti stavům v rané a střední adolescenci. Tyto změny nálad lze připsat postupnému snížení prožívání pozitivních emocí přes den (oproti nárůstu negativních). Dívky vykazují vyšší míru depresivní nálady než chlapci. Tyto změny mohou odpovídat i změnám v kvalitě života adolescentů. U dospívajících dívek negativní nálada předpovídala více negativních interpersonálních událostí a méně pozitivních a naopak.

Adolescenti oproti dospělým také prožívají mnohem intenzivnější emoce na obou pólech. Dospívající vykazují ve srovnání s dětmi zesílenou fyziologickou reaktivitu vůči sociálnímu hodnocení a stresorům souvisejícím s výkonem, také v reakci na sociální odmítnutí. Výzkumníci sledovali např. změny ve velikosti zornic, viz Silk et al. (2012).

Další výzkum ukázal, že pozorování dospívajícího na kameře jiným vrstevníkem, generuje větší autonomní vzrušení a rozpaky ve srovnání s dětmi a dospělými (Somerville et al., 2013).

McLaughlin et al. (2015) v kontextu terapie zmiňují, že u dospívajících je méně pravděpodobné, že se pokusí rozptýlit při negativních ruminacích či při úzkosti (například kognitivním přehodnocením, adaptivními strategiemi či relaxací). Častěji zůstávají v negativních emocích v reakci na stres, oproti dospělým.

Dále popisují jev zvaný „*ko-ruminaci*“, tedy nadměrnou diskusi o osobních problémech s přáteli (Rose et al., 2007). Díky tomu ale posilují své přátelství s vrstevníky, což se ukazuje ve více studiích. Větší ko-ruminace ale předpovídá vyšší úrovně úzkosti a deprese v průběhu času u dívek, ale ne u chlapců. Důvodem jsou odlišné procesy vrstevnických vztahů u chlapců a dívek.

Jedním z center zpracování emocí je amygdala, která detekuje důležité informace v okolí a organizuje fyziologickou odpověď na hrozbu. U dospívajících byla zjištěna buď nadměrná reaktivita amygdaly nebo maximální aktivita amygdaly u malých dětí, která se postupně do dospělosti snižuje (Gee et al., 2013). Zároveň ale prefrontální kůra hraje ústřední roli v regulaci emocí. Tedy dynamické neurovývojové změny v dětství mohou ovlivňovat intenzitu prožívaných emocí v dospívání.

1.2.1 Běžné projevy emocí a chování v dospívání

Dle Jackson a Goossens (2016) je typickým projevem v dospívání kolísání mezi emocionálními extrémy. Autoři popsali 12 protikladů, mezi kterými kolísání u dospívajících probíhá:

- netečnost a vzrušení
- potěšení a bolest
- sebedůvěra a pokora
- sobectví a altruismus
- dobré a špatné chování
- samota a společnost
- citlivost a nechápavost
- zvědavost a apatie
- vědět a dělat
- konzervatismus a vandalismus
- rozum a cit
- moudrost a hloupost

Je proto důležité si při výchově či práci s adolescenty uvědomit, že určitá míra emocionálních výkyvů a protikladných projevů chování je normální. Autoři také uvádí, že dívky, které začaly brzy menstruovat, vykazovaly více problémového chování během testování intelektu. Jejich rodiče zmiňovali potíže s chováním a setkaly se u nich častěji s alkoholem již ve věku 14 let.

Dle Uhlíkové (2018) patří k adolescenci také hloubavost, sklony ke snění, úniky do fantazie, pseudofilozofování, experimenty s teoriemi a názory, které se týkají vývoje identity. Může docházet také k experimentování s vlastní identitou, která často vede k vytvoření si pevné a odolné identity dospělého jedince. Mohou se objevovat potíže v sebehodnocení, které se navenek projevují jako neústupnost, originalita, odlišnost či radikálními postoji. Uzavření se dospělým bývá také častý projev chování v adolescenci. Mohou se objevovat potíže se spánkovým režimem a soustředěním.

Dle Branie (2018) záleží také na míře konfliktů mezi rodiči a dětmi. Čím více konfliktů, tím horší je sebeúcta a duševní pohoda dětí. Více se poté objevují potíže s přizpůsobením se škole a častější užívání návykových látek. To má za následek opět další konflikty ve vztahu s rodičem. Je velmi důležité, aby jak rodiče, tak jejich děti měli možnost během konfliktu vyjadřovat pozitivní i negativní emoce. Díky tomu se zvýší pravděpodobnost, že najdou alternativní vzorce jednání a vyjednají si jiná pravidla či podmínky jejich vzájemné interakce. U dospívajících zdůrazňuje důležitost vyjádření hněvu či podráždění během neshody s rodiči, ale mít zároveň možnost projevit náklonnost a zájem o jiné názory. Ti rodiče, kteří uvíznou ve vzteku či v jiných negativních emocích, nebo ti, kteří naopak neprojevují vůbec žádné negativní emoce, mohou mít potíže v opětovném hovoření o jejich vztahu s dětmi. Mohli bychom tedy považovat za zdravé, když je variabilita vyjádřovaných emocí rodičů a dětí velká. Odráží to schopnost se efektivně přizpůsobit a vhodně reagovat na interpersonální a kontextové požadavky související s dospíváním.

1.2.2 Emoční regulace

Zejména dospívající dívky jsou náchylné ke zvnitřňování problémů. Jak chlapci, tak dívky vykazují nárůst příznaků deprese a úzkosti během dospívání. Emoce se u dospívajících stávají intenzivnější a labilnější oproti dětství. Lougheed et al. (2012) zjišťovali, zdali spolu souvisí emoční regulace s využíváním adaptivních strategií u adolescentů. Měřili pět faktorů emoční regulace (přehodnocení, potlačení, skrývání, emocionální zapojení a přizpůsobení).

Vysoké skóre u několika ukazatelů emoční regulace a vysoké skóre přizpůsobení bylo spojeno s nižší úrovní internalizace problémů (tedy celkové i sociální úzkosti a deprese). Omezený repertoár strategií emoční regulace v dospívání tedy může být spojený se zvnitřňováním problémů.

Výsledky výzkumu Singha a Pathaka (2018) naznačují, že čím vyšší je úroveň vnímaného stresu, tím vyšší je pravděpodobnost oddání se sebevražedným myšlenkám.

1.3 Rozvoj psychopatologie u dospívajících

Dle Uhlíkové (2018) je adolescence obdobím, kde panuje zvýšené riziko z hlediska vzniku psychických onemocnění. K nejzávažnějším patří psychotické a afektivní poruchy, a také poruchy příjmu potravy. V pubertě se také mohou projevit poruchy příjmu potravy, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, sebepoškozování a suicidalita. V adolescenci se jedná zejména o disharmonický vývoj osobnosti, poruchy pohlavní identity a obměny v sexuální orientaci (Malá, 2021).

Dle Costello et al. (2011) má zhruba jeden z pěti adolescentů psychiatrickou poruchu. Od dětství do dospívání se zvyšuje míra deprese, panických poruch, agorafobie a rizika užívání návykových látek. Současně se snižuje výskyt separačně úzkostné poruchy a zlepšují se projevy poruch pozornosti s hyperaktivitou. Klesá také míra problémového chování, které se vyskytovalo v dětství.

Dospívání je považováno za klíčové rizikové období pro rozvoj úzkostných a depresivních poruch. Během jednoho roku asi 7 % dospívajících (ve věku 12-17 let) splňuje kritéria pro úzkostnou nebo poruchu související s úzkostí, a u 5 % je přítomna závažná depresivní porucha (Lawrence et al., 2015). S věkem prevalence narůstá, okolo 16-17 roku postihuje deprese asi 7,2 % chlapců a 19,6 % dívek (Thorslund et al., 2020).

Dle Uhlíkové (2018) můžeme sledovat rozvoj schizofrenie mezi 10. a 25. rokem. Považuje se za jednu z nejobtížněji diagnostikovatelných poruch. Častými příznaky jsou: neadekvátní vztah k realitě, nadměrná hloubavost, potíže ve vztahu k lidem a vrstevníkům, nezájem o druhé pohlaví, ale i zhoršení kognice, únava, depresivní obraz či anhedonie nebo bolesti hlavy. Je proto velmi obtížné rozlišit, co je běžný doprovod dospívání (všechny tyto příznaky mohou být také nepatologické) a co je už počátek schizofrenie. Můžeme také uvažovat o bipolárně afektivní poruše či intoxikaci návykovými látkami. Proto je potřeba včasná a důkladná diagnostika.

2 ÚZKOST

Úzkost je projevem tělesného a myšlenkového procesu a je do jisté míry přirozená. Má adaptivní funkci, pomáhá tělu připravit se na boj nebo útěk, a také může zvyšovat naši motivaci (Praško et al., 2012). Pokud stoupne míra úzkosti do výrazné intenzity, kterou jedinec špatně snáší, jedná se o příznak poruchy. Úzkost je také projevem strachu a ohrožení, který je typický pro fobické a úzkostné poruchy, nicméně se objevuje u velké části dalších duševních poruch (například u deprese či obsedantně-kompulzivní poruchy). Úzkost nalezneme u velké části duševních poruch, klasifikovaných v diagnostických manuálech či klasifikací nemocí. Ať už se jedná u úzkost u poruch osobnosti, úzkost související se závislostmi či abúzem, úzkost u poruch nálad nebo úzkost u pervazivních vývojových poruch atd. V naší práci se zaměřujeme konkrétně na neurotickou úzkost u dospívajících. V některých vývojových fázích člověka je úzkost zcela přirozená a její zvládnutí může být součástí vývojového úkolu (např. separace od matky).

2.1 Klasifikace úzkostné poruchy

V kontextu této práce řadíme fobie, generalizovanou úzkostnou a panickou poruchu do kategorie „Neurotické poruchy“ v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, konkrétně do sekce „*Fobické úzkostné poruchy*“ (F40) (agorafobie, sociální fobie a specifická fobie) a „*Jiné úzkostné poruchy*“ (F41) (panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha). Příčina úzkosti nemusí mít vždy viditelnou příčinu (na rozdíl od strachu), i přesto je doprovázena vegetativními projevy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Úzkost můžeme rozdělit na volně plynoucí, stálou a na panickou ataku - neboli intenzivní záchvat úzkosti doprovázený subjektivně nepříjemnými tělesnými projevy, jako například dechové potíže, třes, závrať, pocení, mravenčení v končetinách či trávící obtíže. K rozvoji této poruchy může dojít v dětství, nejčastěji ale mezi 23.-26. rokem (Praško et al., 2012). Oproti tomu generalizovaná úzkostná porucha je typická pro stálou a dlouhodobou úzkost bez panických atak a nejčastěji se rozvíjí okolo 16.-25. roku života. Vliv učení a stresující vlivy prostředí ovlivňují úzkost a panické záchvaty.

2.1.1 Generalizovaná úzkostná porucha

Wells (2009) zmiňuje, že generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je nejrozšířenější úzkostnou poruchou a její základní procesy představují elementární procesy všech úzkostných poruch. Je charakterizována nadměrným a obtížně kontrolovatelným strachem v kombinaci s několika symptomy úzkosti. Pro naplnění kritérií musí jedinec vykazovat alespoň dvě různé oblasti obav, jako jsou zdravotní, sociální, rodinné nebo finanční. Obavy nejsou omezené pouze na konkrétní situace (oproti fobiím, panikám či hypochondrii), ale jsou to trvající starosti a nepříjemný stav napětí v delším časovém horizontu. Autor také popisuje hlavní příznaky spojené s GAD, a tím je neklid, snadná únava, potíže s koncentrací nebo pamětí, podrážděnost, svalové napětí a poruchy spánku.

Munir a Takov (2022) popisují GAD jako trvalou, nadměrnou a nereálnou obavu o každodenní záležitosti. Může se projevovat i tělesnými symptomy (únava, bolesti hlavy či břicha atd.). Až 20 % dospělých postihne jistá forma úzkostné poruchy každý rok.

Diagnostický a statistický manuál DSM-V. popisuje kritéria pro splnění generalizované úzkostné poruchy (Raboch et al., 2015):

- Nadměrná úzkost a obavy v posledních 6 měsících
- Těžko ovlivnitelné a kontrolovatelné obavy

Úzkost, která je spojena se třemi a více následujícími symptomy po dobu alespoň 6 měsíců:

- Neklid, pocit napětí nebo pocit „na hraně“
- Snadná unavitelnost
- Potíže se soustředěním nebo prázdná mysl
- Svalové napětí
- Poruchy spánku
- Podrážděnost

Naplňuje kritéria také pokud úzkost vede k významnému utrpení nebo poškození v sociálních a pracovních oblastech a není způsobena žádnou fyzickou příčinou.

Příčiny vzniku úzkosti mohou být jak stres, tak fyzický stav (např. diabetes) nebo další komorbidní stavy (deprese). Dále to mohou být genetické dispozice (až 25 % šance, pokud má rodič GAD), dále faktory prostředí, výchova a zacházení (např. zneužívání či týrání) a užívání návykových látek (Rosellini et al., 2018).

Při úzkosti je nutno sledovat i další nepsychologické faktory, které mohou být primární příčinou. Jedná se o poruchu funkce štítné žlázy, nízká hladina glukózy v krvi, nadměrná konzumace kofeinu, zneužívání psychoaktivních látek, epilepsie, poruchy dýchání (hyperventilace), či kardiovaskulární onemocnění (Bowen, 1983).

Panická porucha

Dle Praška et al. (2007) je u panické poruchy prokázána dědičná zátěž a abnormality ve struktuře a fungování mozku. Úzkost a panika je často důsledkem nesprávné interpretace našich (často jen běžných) tělesných projevů jako projevu možné katastrofy či psychického nebo tělesného selhání. Panická ataka je extrémně vystupňovaná úzkost se silnými tělesnými projevy a zaplavení emocemi s těžko odklonitelnými myšlenkovými procesy.

Fobická porucha

Pro strachy a fobie jsou typické fyziologické změny, ale tělesné odpovědi jsou více excesivní, trvající a nefunkční. Fobie jsou jen výjimečně jediným symptomem u dětí s emočními potížemi, proto je nutné podrobné vyšetření. Nejčastější fobie u dětí se týkají hmyzu, tmy, hlasitých zvuků či školy. U dospívajících se může rozvinout sociální či jiná fobie (Cooper et al., 2005). Fobie je strach z konkrétního podnětu, který se zdá být ohrožující pro psychiku člověka.

2.2 Kognitivní procesy při úzkosti

Častým myšlenkovým procesem je vyhodnocení situace jako možné katastrofy. Jedná se o pojem „katastrofizace“, tedy stav napjatého očekávání, co nejhoršího se může stát (Praško et al., 2007). V terapii je cílem zpochybnit tyto katastrofické scénáře. Ellis se snaží nalézt alternativní a racionální přesvědčení, která jsou více flexibilní. U generalizované úzkostné poruchy je katastrofizace vyjádřena dysfunkčními předpoklady, jako důsledek narušeného způsobu zpracování informací. Velmi často se objevují témata přijetí druhými, osobní schopnosti, odpovědnost a kontrola. Lidé s trvalou úzkostí mohou hodnotit své vlastní myšlenky (pomocí metakognice), zejména ty úzkostné, velmi negativně. Při potlačení těchto myšlenek dojde k ještě většímu upevnění.

Praško et al. (2007, str. 42-45) také popisují téměř všechny možné kognitivní procesy doprovázející úzkost:

- studené (povrchní) automatické myšlenky – nekonkrétní, strach, „*třesou se mi ruce*“
- primární (prvotní) automatické myšlenky – žhavé, vyvolávají silné negativní emoce
- sekundární (druhotné či odvozené) negativní automatické myšlenky – zabezpečení, vyhnutí se, odložení nebezpečí
- obavy – nejistota z toho, co přijde, „*co když…*“
- starosti – drží pozornost člověka a nedovolí, aby na problém zapomněl, často se týká běžného života
- obsese – nechtěné, vtíravé a neodbytné myšlenky či představy, co se opakují, poté narůstá úzkost, která se sníží po provedení rituálu (kompulze). Častými tématy jsou např. myšlenka na neštěstí někoho milovaného, strach „*že skočím z výšky/ pod auto/ že se zabiju*“, nutkání něco udělat, a nebo když udělám „A“, stane určitě se „B“, proto je snaha se vyhnout nebo upravit „A“.
- neutralizující (kompulzivní) myšlenky – myšlenky prováděné podle pravidel, což také směřuje ke snížení úzkosti či odklonu obávané situace, které tyto myšlenky mají zabránit (i když spolu vůbec nemusí souviset)
- ruminace – kompulzivní nutkání o něčem přemýšlet, „*přežvykovat*“ myšlenku, nemusí tam být žádné pravidlo a systém
- katastrofické představy – to nejhorší, co se může stát, člověku to běží před očima
- živé vzpomínky – na bolesti z minulosti, často zveličené, např. automatické rozpomínání na trauma, vtíravé, útržkovité a živé
- flashbacky (vzpomínkové záblesky) – pocit, že intenzivní událost zažívá znovu, právě teď, pocit ztráty kontroly, neočekávané a spojené s hrůzou a děsem
- živé představy o budoucnosti – často souvisí s představou z minulosti, obavy

Popisují i další jevy podobné psychotickým prožitkům, které ale mohou souviset s úzkostí (iluze, halucinace, bludy a metakognice – myšlenky o myšlenkách).

Legerstee et al. (2011) provedli studii, ve které zkoumali rozdíly v kognitivních copingových strategiích mezi adolescenty s úzkostnou poruchou a bez ní. Výsledky ukázaly, že adolescenti s úzkostnou poruchou měli významně vyšší skóre ve většině kognitivních copingových strategiích (jak adaptivních, tak maladaptivních) než adolescenti bez úzkosti. Pohlaví zde nehrálo roli.

Jednalo se zejména o ruminace, sebeobviňování a katastrofizace – tyto kategorie představovaly většinu rozptylu. Zároveň měli ale vyšší skóre i ve strategiích jako přeorientování se na plánování či přijímání. Adolescenti s generalizovanou úzkostnou poruchou dosáhli významně většího skóre v ruminaci (přežvykování), ale ne v jiných kognitivních strategiích zvládání než adolescenti se sociální fobií.

2.3 Chování během úzkosti

Při úzkosti jako takové jsou typické přílišné obavy a starosti, které bývají těžko odklonitelné. U dětí se také vyskytuje přehnaná potřeba po ujištění, strach ze tmy, strach z potenciálního zranění pečující osoby a somatické stesky. U dospívajících se příznaky mění do více sociálního aspektu, tedy obav „*co si o mě ostatní myslí*“, obavy z neúspěchu a selhání, selhávání ve strategiích zvládání stresu a zpracování negativních událostí. Vyhýbavé chování u úzkosti může být přímé – vyhnutí se cestě do školy, ve které cítím úzkost. Nebo nepřímé – například neschopnost dokončit článek kvůli obavám ze selhání. Někdy může být jádrem obav strach ze smrti, za kterým jsou často pocity izolace, osamělost a závislost (spíše sociální). Cílem je zbavit pacienty „pevných“, rigidních postupů v myšlení a omezit vyhýbavé chování. Cestou, jak „léčit“ pacientovi maladaptivní výsledky myšlení, může být právě metakognitivní trénink.

Projevy chování u silné úzkosti mohou být zjevné, např. klepání rukou, zrychlený dech, pocení, dezorganizace, průjem/zácpa či červenání. Mohou být ale i okolí skryté, zároveň člověk, který úzkost prožívá, se může chovat zmateně, podrážděně, „*je mimo*“, rychle mluví, chytá se okolí, chce utéct, sedá si na zem. Pokud se jedná o úzkost déle trvající, a ne tak intenzivní, je časté podráždění, napětí, vyhýbání, poruchy pozornosti či spánku a zabezpečující chování (Praško et al., 2012).

Relaxace by se měla užívat v klidném stavu, jak prevence proti zvýšenému svalovému napětí, nejen jako uklidnění před obávanou situací. Velmi dobře funguje řízená imaginace, kdy si člověk situaci aktivně projde ve své mysli. U agorafobie je na druhou stranu nejefektivnější léčebnou metodou expozice. V rámci metakognitivního tréninku vycházíme také ze struktury terapeutických sezení vhodných pro generalizovanou úzkostnou poruchu (Praško et al., 2007, str. 464).

2.3.1 Metakognitivní přesvědčení během úzkosti u dospívajících

Ellis a Hudson (2010) popsali metakognitivní model úzkosti u dětí a dospívajících. Ellis ve svých publikacích o metakognici často s úzkostmi spojuje jejich typický obsah, čímž jsou obavy. Metakognitivní model generalizované úzkostné poruchy vyvinul právě k pochopení kognitivních procesů, které souvisí s patologickými obavami u dospělých, zejména roli pozitivních a negativních přesvědčení o jejich starostech. Model využil i v popisu úzkosti u dětí. Nejčastějšími tématy obav je jejich zdraví, škola, osobní újmy, rodina, umírání a co si myslí ostatní. Často si kladou otázku „*co kdyby*“. Strach je také rysem dalších úzkostných poruch, jako separační úzkostné poruchy či sociální fobie. Masi et al. (1999) zjistili, že děti ve věku 7-18 let s diagnózou generalizované úzkostné poruchy, mají z 62 % komorbidní i diagnózu deprese.

Wells (2004) definoval metakognici jako „*kognitivní procesy, strategie a znalosti, které jsou součástí regulace a hodnocení samotného myšlení*“ (Wells, 2004, s. 167).

Dle Wellse (2009) způsobují obavy typické chování, jako je hledání ujištění – či vyhýbání se podnětům, které vyvolávají obavy a udržování negativního přesvědčení o nebezpečí a neovladatelnost starostí. Dále je velmi častá snaha o potlačování negativních myšlenek, což má za důsledek naopak zvýšení jejich výskytu.

2.3.2 Míra úzkosti u dospívajících

Dle Munir a Takov (2022) se úzkost vyskytne u 1 ze 4 dospívajících ve věku 13-18 let. Přitom životní prevalence úzkostné poruchy u dospívajících ve věku 13-18 let je asi 6 %. Ženy jsou dvakrát více náchylné k úzkosti než muži.

Panická porucha je neobvyklá v předpubertálním období, nejčastěji se první ataka objevuje v pozdějším období dospívání či rané dospělosti. Někteří dospělí trpící agorafobií uvádí, že v dětství zažívali separační úzkost i v pozdějším věku. K základním rysům sociální fobie patří nadměrná úzkost ze sociálních situací nebo situací, kde se má něco předvést (Cooper et al., 2005).

2.4 Možnosti léčby úzkosti u dospívajících

V souhrnné publikaci o metodách kognitivně-behaviorální terapie od autorů Praško et al. (2007, str. 464), nalezneme konkrétní schéma, jak postupovat při léčbě úzkostí.

Zejména se zaměřují na zamezení vyhýbavému chování, omezení obav a starostí a podpořit klienta, aby se naučil snášet intenzivní emoční a tělesné reakce. Postup znázorňujeme v následujícím přehledu, který jsme upravili, stále ale vycházíme z poznatků autorů Praško et al. (2007, str. 464)

1. **Edukace**

   Co je to úzkost (jak to probíhá v mozku, boj, útěk), vysvětlit, že obávat se je normální, ale neznamená to šílenství a ztrátu kontroly, normalizovat tělesné projevy. Vše ukázat na bludném kruhu, ideálně za použití konkrétní situace, kterou klient přináší a na které lze zpochybnit dysfunkční kognitivní proces. Následně informujeme o možnostech léčby a třeba předáme brožuru od Praško et al. (2007).

2. **Kognitivní restrukturalizace**

   Důkazy pro a proti, hledání alternativ, popsat automatické myšlenky, metakognice, postoje, testovat pravdivost, najít adaptivní myšlenky a postoje. Zde lze využít měření a škálování intenzity emocí či míry přesvědčení o daném tvrzení.

3. **Behaviorální experimenty**

   neboli úkoly, které v praxi testují přesvědčení pacienta. Cílem je předpovědět dopad obávané situace a prozkoumat negativní dopady. Je nutné si nastavit cíle experimentu a způsob hodnocení (jak poznáme, že se experiment podařil nebo splnil účel) a také dobře interpretovat výsledky. Je nutné volit takové experimenty, které dávají smysl a vystavují člověka reálným situacím (např. dle našeho názoru není nutné, aby se habituoval na to, že se pomočí mezi lidmi, ale aby vydržel úzkost z obavy, že se pomočí, i když se mu vlastně nechce).

4. **Testování metakognicí**

   Zde je třeba zachytit výhody a nevýhody obav a co se stane, když obavy zmizí. Popsat katastrofický scénář – co nejhoršího se vlastně může stát. Cílem je zpochybnění přesvědčení o tom, že obavy nelze kontrolovat. Uvést příklady z pacientova života, kdy se mu podařilo obavy kontrolovat a že jsou situace, kdy na své obavné myšlenky zapomene. Zde přichází na řadu také domácí cvičení, které je nutno stanovit realisticky spolu s pacientem a opět je nutno dopředu definovat, co je účelem daného cvičení.

5. **Plánování aktivity**

   Jak jsme zmínili, vyhýbavé chování a odkládání je pro úzkost typické, pak následují výčitky a napětí, zároveň chybí aktivní odpočinek.

6. **Relaxace, imaginace**

   Chronicky zvýšené svalové napětí je velmi častým jevem, proto je základním kamenem také relaxace, práce s dechem a uvolnění svalů. Cílem je snížit celkové napětí a zapojit i jiné smysly. Můžeme využít například Schultzův autogenní trénink nebo Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci, meditaci nebo řízenou imaginaci.

7. **Práce s emocemi**

   Pomocí hraní rolí a psychodramatu se pacient učí zvládat silné emoce a učí se být plně přítomný v daném prožitku (uplatnění mindfulness).

8. **Expozice vůči obavám**

   Expozice probíhá nejprve v imaginaci, poté se může přejít in vivo či se v dnešní době rozvíjí i virtuální realita. Vždy je nutno expozici nakontraktovat a přesně si stanovit její průběh. Hlavní je se tomu nevyhýbat, jako domácí cvičení lze zadat imaginaci katastrofického scénáře, dát si „*čas na obavy*" – řízeně, např. 20 minut každý den, aktivně se jimi budu zabývat.

   (Pozn. V našem MCT jsme tuto techniku pojmenovali jako „*schůzka s myšlenkou*").

9. **Učení se novému chování a dovednostem** (zejména v komunikaci a zacházení se stresem)

   Často dochází k vyhýbání se výtahům, kinu, cvičení, přednášení před třídou, cestování apod. Tento bod úzce souvisí s expozicí

10. **Řešení problémů**

    U úzkostí je řešení problémů často nefunkční. Nutné je zamyslet se, co je reálný problém a co ne, jak obávaná situace dopadla, dělat si záznamy o epizodách.

11. **Ukončení léčby a prevence relapsů.**

    Co by v budoucnu mohlo nastat, za jakých okolností je šance, že se situace zhorší, nastavit si krizový plán, občas lze využít „boosteru", nakopnutí a znovuobnovení dovedností nabitých v terapii.

Cooper et al. (2005) uvádí také základní pojmy, které jsou při léčbě úzkosti u dospívajících klíčové. Jedná se o techniky desenzitizace (např. při návratu do školy po delší době nebo při sociální úzkosti), relaxační techniky (imaginace bezpečného místa či práce s dechem a tělem), kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamická terapie (kde se řeší třeba témata separace, nezávislosti a sebevědomí). Nedílnou součástí je také farmakologická léčba pomocí anxiolytik či antidepresiv, v některých případech i v kombinaci s atypickými antipsychotiky.

2.5 Aktuální výzkumy o dopadu COVID-19 na duševní zdraví dětí

Vypuknutí nového koronaviru (COVID-19) v prosinci 2019 začalo v Číně a v březnu 2020 ho Světová zdravotnická organizace vyhlásila za pandemii. Zasáhla více než 200 zemí po celém světě, přičemž celkový počet pacientů s COVID-19 byl více než dva miliony a počet úmrtí byl k 22. dubnu 2020 hlášen 177 338. Zavření škol a odloučení od přátel může u dětí způsobit stres a úzkost. Vystavení hromadným sdělovacím prostředkům o krizové události a neověřené informace šířící sociálními médii, mohou zhoršit duševní stav. Reakce dítěte na krizovou situaci závisí na jeho zážitcích z předchozího vystavení mimořádným situacím, jeho fyzickém a duševním zdraví, sociálně-ekonomickému rodinnému poměru a kulturní zázemí (Imran et al., 2020).

V rámci studie v Irsku proběhly rozhovory se 48 rodinami během restrikcí a lockdownu kvůli pandemii COVID-19. Děti a mladiství zaznamenali nepříznivé dopady na své duševní zdraví, včetně pocitů sociální izolace, deprese, úzkosti a nárůstu maladaptivního chování. Rodiny s dětmi s poruchami autistického spektra hlásily během tohoto období zvýšené potíže s duševním zdravím, většinou kvůli změnám v rutině a režimu dne. Autoři při shrnutí výsledků použili větu jednoho z rodičů: „*Můj závěr je, že hlavní tíhu toho všeho odnesly děti*“. S uzavřením škol a domácí karanténou narůstá úzkost a osamělost mezi mladistvými a zvyšuje se negativní chování u mladších dětí (O’Sullivan et al., 2021).

Khan et al. (2020) provedli analýzu dostupných studií týkajících se dopadů COVID-19 a jeho restrikcí na psychický a sociální stav člověka. Výsledky studií uvádí, že odstupy mezi lidmi, izolace, karantény, sociální a ekonomické neshody a dezinformace (zejména na sociálních médiích) patří k hlavním faktorům přispívajícím k neobvyklému smutku, strachu, frustraci, pocitu bezmoci, osamělosti a nervozity. V extrémních případech došlo k rozvoji sebevražedných myšlenek či pokusů, v některých případech došlo i k sebevraždě. Dalším důsledkem je ztrojnásobený počet případů domácího násilí během lockdownů v Číně. V další indické studii bylo uvedeno, že ženy mají ve srovnání s muži vyšší míru stresu, úzkosti a depresivního ladění. To bylo přičítáno karanténě, kde jsou všichni členové rodiny doma, což může být psychicky i fyzicky náročné (Khan et al., 2020).

Opatření navrhovaná čínskými pediatry rodičům a rodinným příslušníkům zahrnovala zlepšení komunikace s dětmi za účelem vyřešení jejich obav a znepokojení, hraní společných her ke zmírnění osamělosti, povzbuzování činností podporujících fyzickou aktivitu a využívání muzikoterapie ve formě zpívání. Kromě toho by rodiče měli věnovat pozornost problémům se spánkem a nočním můrám, předcházet častému spánku přes den a dbát na spánkovou hygienu a relaxační metody. Úzkost, deprese, poruchy spánku a změna chuti k jídlu, jakož i zhoršení sociálních interakcí, jsou nejčastějšími důsledky období pandemie. Nedávná studie provedená v Číně prověřovala děti a mladistvé kvůli chování a emočním problémům v důsledku pandemie. Nejčastějšími zjištěnými problémy s chováním bylo rozptýlení, podrážděnost, strach, že se členové rodiny mohou nakazit smrtelnou nemocí a také velké přilnutí dětí k rodičům (Jiao et al., 2020)

Thakur et al. (2020) shrnuli dopady lockdownu na duševní zdraví dětí v Indii. Zjistili, že děti trávily mnohem víc času sledováním televize nebo na internetu, což vedlo k psychosociálním potížím, jako například nižšímu sebepojetí. Některé děti zažily i kyberšikanu. Snížený čas strávený venku vedl k „*vnitřnímu znečištění*“, což může omezit vývoj jejich kognitivních schopností. Všechny tyto aspekty vedly ke zvýšené míře výskytu deprese, stresu, úzkosti, vyhýbavému chování a posttraumatické stresové poruše. U menších dětí mohlo dojít k narušené vztahové vazbě s pečujícím rodičem, pokud byli rodiče např. zdravotníci v první linii apod. Vláda doporučila rodičům snížit čas strávený na internetu nebo telefonu a zařadit více pohybových aktivit jak doma, tak v přírodě. Také zdůrazňovali nutnost nutriční podpory dětí a zpřístupnili více kontaktů psychosociální podpory.

Nearchou et al. (2020) provedli velkou studii dopadů pandemie COVID-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. Zmiňují výsledky jiných studií, ve kterých se ukázalo, že se zvýšila míra deprese z 22,6 % na 43,7 %, zatímco dvě další studie zaznamenaly zvýšení symptomů úzkosti z 18,9 % na 37,4 % u mladých lidí během pandemie. Ačkoliv autoři upozorňují, že se ve věku 12-18 let u dospívajících zvýšená přítomnost úzkosti a deprese, s COVID-19 se zvýšila míra symptomů OCD, somatických symptomů a poruch chování. Konkrétně emocionální reakce na COVID-19, jako strach, stres či obavy, předpovídaly dopady na jejich duševní zdraví. Některé studie ale uváděly podobné nebo dokonce vyšší úrovně deprese u mladých lidí, což může naznačovat, že přítomnost psychických problémů u mladistvých nemusí být jen kvůli pandemii. Nutno dodat, že se v posledních dvou letech sleduje duševní zdraví dětí mnohem více než dřív. Proto je nutné data porovnávat s výsledky studií před pandemií COVID-19.

Racine et al. (2021) na základě metaanalýzy 29 studií zjistili, že se celosvětově zvýšila dětská a dospívající deprese o 25,2 % a úzkost o 20,5 %. Prevalence příznaků deprese a úzkosti se během COVID-19 zdvojnásobila ve srovnání s předpandemickými odhady.

2.6 Výzkumy o úzkosti u adolescentů dle poruch

Úzkost u genderového nesouladu

Vzhledem k tomu, že se v našem výzkumném souboru objevuje větší počet účastníků s genderovým nesouladem, věnujeme tomuto tématu v teorii více pozornosti. Dospívání je důležitým obdobím v utváření identity a integrace osobnosti. Adolescenti a mladí dospělí vytvářejí svou identitu aktivním zkoumáním možností souvisejících s identitou a přijímáním závazků k identitě jimi zvolenými směry. Dospívání je rozhodujícím obdobím pro rozvoj identity a psychosexuálního rozvoje u mladých lidí s obavami o jejich genderovou identitu (Kaltiala-Heino et al., 2018).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize (DSM-V), definuje genderovou dysforii (tedy nesoulad) jako stav, kdy osoba vykazuje inkongruenci mezi vyjadřovaným nebo prožívaným pohlavím a biologickým pohlavím při narození. To může způsobovat úzkost, strach či narušení v sociálních, pracovních nebo jiných oblastech fungování (Raboch et al., 2015).

Dále se používá pojem transsexualita, tedy dle MKN-10 touha žít a být akceptován jako osoba opačného pohlaví, často spojena s nespokojeností s anatomickým pohlavím a snahou podstoupit hormonální léčbu a chirurgický zákrok. V MKN-11 se manuál bude přibližovat k nepatologizující terminologii po vzoru DSM-5.

V této části textu se zabýváme zejména úzkostí, která je s genderovým nesouladem u dospívajících velmi často spojena. Genderová identita je individuální pocit bytí mužem, ženou nebo jiným genderem (případně ani jedním). Počet lidí, kteří vyhledávají léčbu z muže na ženu, je asi 0,6 % a žena na muže asi 0,2 % (Zucker et al., 2017).

Na základě krátkého sebeposuzovacího dotazníku o genderové identitě, se 0,17-1,3 % dospívajících identifikuje jako transgender (Zucker et al., 2017). Výzkum ze školního prostředí ukázal asi 1,3 % dospívajících, kteří prožívají genderový nesoulad. Autoři také uvádí, že asi 40 % dospívajících, kteří prožívají genderový nesoulad, mají komorbidní depresivní nebo úzkostnou poruchu. Sebepoškozování a suicidální myšlenky jsou také velmi časté.

V některých případech se nemusí jednat o genderový nesoulad či transsexualitu, ale o vývojové zmatení rolí či souvislost s jiným duševním onemocněním. Jak uvádí doktor Turčan v rozhovoru s Havranovou (2019) pro Aktuálně.cz: „*I takovému dítěti by mělo být umožněno žít život v opačné roli, neměli bychom mu to zakazovat. Měli bychom jej oslovovat v rodu a jménem, jak si samo přeje, aby mělo možnost si vše jakoby 'nanečisto' vyzkoušet. Pokud to je jen součást hledání sebe sama a nejedná se o vrozenou záležitost, pak to vše odezní a má možnost se vrátit zpět*“. Proto vnímáme respekt a pochopení pro dospívající s genderovou dysforií jako zásadní v terapeutické práci. Doktorka Sejbalové ve stejnojmeném rozhovoru uvádí: „*Pokud se projevuje porucha pohlavní identity v dětství a dospívání, neznamená to ještě, že daná osoba bude v dospělosti transsexuálem a že se rozhodne pro přeměnu pohlaví. Z výzkumů vyplývá, že většina z těchto dětí či dospívajících v dospělosti žijí jako bisexuálové nebo homosexuálové*“.

Littman (2018) zveřejnil výzkum, který navazoval na sdělení rodičů z internetových fór. Rodiče popisovali zkušenost s „*genderovou dysforií s rychlým nástupem*“, která se dle jejich zkušeností poprvé objevila během dospívání. Rodičům se zdálo, že k nástupu genderové dysforie došlo v kontextu příslušnosti ke skupině vrstevníků, kde se jeden, více nebo dokonce všichni přátelé stali genderově dysforickými a transgenderově identifikovanými ve stejném časovém rámci. Rodiče také uváděli, že jejich děti před odhalením transgender identity vykazovaly zvýšenou konzumaci sociálních sítí a internetu. Účelem studie tedy bylo zdokumentovat a prozkoumat tato sdělení rodičů a popsat výslednou prezentaci genderové dysforie, která není v souladu s existující výzkumnou literaturou. Pomocí 90 otázek anonymně odpovědělo 256 rodičů, jejichž děti byly ve věkové kategorii dospívajících a mladých dospělých, z 82,8 % ženského pohlaví v průměrném věku 16,4 let.

U 41 % dětí se objevovala neheterosexuální sexuální orientace předtím, než se identifikovaly jako transgender. U 62,5 % dětí byla diagnostikována alespoň jedna duševní porucha nebo neurovývojové postižení ještě před nástupem genderové dysforie. Ve 36,8 % skupinách přátel se většina členů identifikovala jako transgender.

Dle autorů se duševní pohoda a vztahy mezi rodiči a dětmi zhoršily od doby, kdy proběhl coming-out. Dotazované děti vyjadřovaly řadu projevů v chování, např.: nedůvěru k netransgender lidem (22,7 %), přestaly se scházet s netransgender přáteli (25 %), snažily se izolovat od svých rodin (49,4 %) a důvěřují pouze informacím o genderové dysforii z transgender zdrojů (46,6 %).

Autoři tento fenomén pojmenovali tedy jako rychlý nástup genderové dysforie (*rapid-onset gender dysphoria = ROGD*), kdy vývoj genderové dysforie začne během puberty nebo po ní u adolescenta nebo mladého dospělého, který by ale v dětství nesplnil kritéria pro genderovou dysforii. Ač autoři upozorňují na nutnost dalšího zkoumání a ověření získaných informací (nutno dodat, že na dotazník odpovídali rodiče, a ne jejich děti, proto je potřeba brát výsledky spíše jednostranně), označují zjištění za velmi znepokojivé, a to hlavně proto, že se velmi zhoršuje duševní pohoda a vztahy mezi rodiči a dětmi, izolace od rodiny a netransgender přátel a získávání informací z mainstreamových zdrojů (Littman, 2018).

Perl et al. (2021) zkoumali dopady lockdownu a pandemie COVID-19 na duševní zdraví genderově nekonformních, transgender a cisgender adolescentů. Cisgender, zkráceně *cis,* se používá jako zkratka pro lidi, jejichž genderová identita odpovídá pohlaví, které jim bylo určeno při narození.

Kromě zvýšeného nárustu negativních emocí po vypuknutí COVID u všech skupin, se u transgender skupiny ukázalo větší zhoršení psychického stavu (autoři také dodávají, že jejich stav již před COVID-19 byl horší než u cisgender dětí). Cisgender mladiství využívali mnohem adaptivnější strategie pro emoční regulaci než transgender. Cisgender mládež častěji využívala strategie kognitivního přehodnocení než potlačování, proto se transgender adolescenti stali při pandemii mnohem více ohrožení a zranitelnější (Perl et al., 2021).

Úzkost u sebepoškozování

Nejprve je nutno rozlišit nesuicidální sebepoškozování (NSSI = non-suicidal self-injury) a sebevražedné pokusy (suicidal attemps). Nesuicidální sebepoškozování získalo zvýšenou pozornost za poslední dobu jakožto velký problém mezi adolescenty. Jedná se o úmyslné poškození tělesné schránky bez sebevražedného úmyslu, které většinou způsobuje krvácení či bolest (Nock, 2010).

Cooper et al. (2005) popisují nejčastější motivace k sebepoškozování. Funguje to jako zvládací strategie pro vyrovnání se s emoční bolestí či stresem, ale také jako omezené a primitivní vyjádření nepohody nebo k vyvolání pocitu „opravdovosti“ (feel real), k vyjádření vzteku, uvolnění tenze či potrestání sebe nebo ostatních. Autoři také zmiňují nejčastější faktory, které ovlivňují výskyt sebepoškozování u dětí a dospívajících. Jsou jimi:

- narušené vztahy v rodině
- biologické abnormality (nižší hladina serotoninu)
- psychopatologie a suicidální chování přítomno v rodině
- přidružená psychická porucha
- domácí násilí a týrání
- kognitivní faktory (beznaděj, dysfunkční strategie zvládání problémů, absence copingových strategií či typický atribuční styl, kdy si negativní události přisuzují jako vlastní chyby).

Popisují také znaky, kterých si lze všimnou u suicidálních dětí:

- změny v režimu jídla či spánku
- snížení školní výkonnosti
- ztráta zájmu o aktivity
- snížená koncentrace, poruchy pozornosti,
- neobvykle rušivé či rebelské chování
- sociální vyčlenění
- témata smrti či sebevraždy se mohou objevovat v psané či kreslené formě, kterou může dítě produkovat
- impulzivita

Autoři Zhu et al. (2021) provedli výzkum, kde v delším časovém úseku sledovali souvislosti mezi kyberviktimizací, úzkostí a sebekontrolou u čínských adolescentů. Studie prokázala, že větší kyberviktimizace přispěla k symptomům úzkosti, což zase předpovídalo zvýšenou míru sebepoškozování pouze u adolescentů s nižší sebekontrolou.

Byl tedy prokázán nepřímý účinek symptomů úzkosti v souvislosti mezi kyberviktimizací. Nesuicidální sebepoškozování bylo podmíněno mírou sebekontroly.

Úzkost v souvislosti s poruchou attachmentu

Pallini et al. (2020) zkoumali tři skupiny adolescentů, u kterých se buď objevovalo sebepoškození bez nebo s pokusem o sebevraždu a ty, u kterých se sebepoškození neobjevuje. Autoři také zjistili, že skupina sebepoškozujících se adolescentů vykazuje známky dezorganizované vztahové vazby a poškozené reflexní funkce. Pouze skupina sebepoškozujících se adolescentů s pokusy o sebevraždu vykazovala stopy narušených mezilidských vztahů.

Nock (2010) také popisuje typický průběh sebepoškození u adolescentů, a to akutní negativní afekt před sebepoškozením a následnou úlevu po sebepoškození. Jedná se tedy často o maladaptivní snahu zvládnout negativní emoce a dosáhnout úlevy.

Cassels et al. (2018) zdůrazňují, že úzkostná a vyhýbavá vztahová vazba je rizikovým faktorem jak pro nesuicidální sebepoškozování, tak pro problémy s chováním. Terapie, které zlepšují vazbu rodičů a dětí, mohou snížit nesuicidální sebepoškozování u adolescentů a nepřímo i zlepšit problémy s chováním.

Úzkost u mentální anorexie

Autoři Drieberg et al. (2018) prozkoumali vztahy mezí úzkostí/depresí, perfekcionismem a symptomy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících právě s poruchami příjmu potravy. Zjistili, že v klinické populaci dětí a dospívajících úzkost a deprese zprostředkovává vztah mezi perfekcionismem a symptomy PPP. Existuje také reciproční vztah, kdy PPP zprostředkovávají spojení mezi perfekcionismem a/nebo depresí. Ač je třeba dalšího zkoumání tohoto fenoménu, cílit v terapii na perfekcionismus u dětí by mohlo zlepšit léčbu poruch příjmu potravy komorbidní s úzkostí nebo depresí.

V dalším výzkumu se zkoumaly symptomy úzkostných poruch a jejich spojení s poruchami příjmu potravy. Úzkostné symptomy, které rodiče popisovali u dětí ve věku 10 let, dělí do 5 skupin: obsedantně-kompulzivní symptomy související se symetrií a kontrolou, dále symptomy OCD spojené s averzí k nečistotám a choroboplodným zárodkům, symptomy fyzické úzkosti, obavy a symptomy sociální fobie. Faktory „*symptomy fyzické úzkosti*“ a „*obavy*“ vykazovaly nejvíce konzistentní pozitivní asociaci se symptomy poruchy příjmu potravy ve věku 14 let. Faktor „*symptomy fyzické úzkosti*“ předvídal diagnózu bulimie ve věku 16 let, zatímco faktor „*obavy*“ predikoval diagnózu mentální anorexie a poruchy příjmu potravy do 16 let.

Výsledky naznačují, že symptomy generalizované úzkosti ve středním dětství mohou predikovat symptomy poruchy příjmu potravy u adolescentů (Schaumberg et al., 2018).

Úzkost u disharmonického vývoje osobnosti

Sengutta et al. (2019) se zabývali hraničními rysy osobnosti a dětským traumatem v souvislosti se zážitky podobným těm psychotickým (PLE = *psychotic-like experiences*). Přestože se zážitky podobné psychotickým často vyskytují u různých nepsychotických poruch u dospívajících a mladých dospělých, autoři ověřovali souvislost s raným traumatem. Data získávali pomocí dotazníků pro zjištění přítomnosti dětského traumatu, kontrolního check-listu pro hraniční poruchu osobnosti a dotazníku zjišťující přítomnost symptomů úzkosti a deprese. Byl nalezen významný vztah mezi dětským traumatem a zážitky podobnými těm psychotickým (PLE), zejména s nimi bylo spojeno emoční zanedbávání a sexuální zneužívání. Hraniční rysy osobnosti plně zprostředkovaly vztah dětského traumatu a PLE. Úzkost a deprese vykazovaly významné, ale částečné zprostředkování vztahu s PLE.

Úzkost u závislosti na internetu a sociálních sítích

Kim et al. (2019) popsali vztah mezi závislostí na chytrých telefonech a symptomy deprese, úzkostí a poruchou pozornosti a hyperaktivity. Do studie bylo zahrnuto 4512 jihokorejských studentů vysokých škol. U 338 respondentů se prokázala závislost na telefonech a celkové skóre závislosti pozitivně korelovalo se skóre v dotazníku měřící úzkost a depresi, také s ženským pohlavím, kouřením a užívání alkoholu. Autoři zjistili, že ADHD může být významným rizikovým faktorem pro rozvoj závislosti na chytrém telefonu.

Dle Kelese et al. (2019) pomocí metaanalýzy souvisejících studií zjistili, že strávený čas na sociálních médiích, aktivita a závislost korelovaly s depresí, úzkostí a psychickým stresem. Zajímavým aspektem využívání sociálních sítí je selfie (fotografování sám sebe). Boursier et al. (2020) zkoumali prediktivní roli selfie (respektive očekávání efektu selfie na sociálních sítích) a úzkost ze sociálního vzhledu, vzhledem k závislosti na sociálních médiích. Úzkost chlapců ohledně vlastního vzhledu a očekávání, že selfie mohou zlepšit jejich sebevědomí, byla prediktorem problematického užívání sociálních médií a naopak. Ačkoliv dívky vykazují vyšší úzkost ze sociálního vzhledu, neovlivnilo to u nich užívání sociálních médií.

Kromě toho se zdá, že tato studie potvrzuje silný vztah mezi úzkostí ze sociálního vzhledu a potřebou vytvářet pozitivní dojem na ostatní (stejně jako očekávání, že sdílení selfie může zlepšit vlastní sebevědomí).

3 METAKOGNITIVNÍ TERAPIE

3.1 Metakognice

Slovo „*meta*“ vychází z řeckého slova a znamená „*za*“, „*před*“, „*nad*“ (Slovník afixů, 2021). Kognice pochází z latinského slova „*cognoscere*“, což označuje pojmy jako „*poznávat*“, „*zkoumati*“ či „*zkoušeti*“ (Latinský slovník, 2021). V českém jazyce označujeme jako kognici zejména procesy myšlení, ale i paměť či mentální reprezentace.

Hacker (2018) již dříve definoval metakognici jako znalost vlastních znalostí, schopnost regulace a záměrného monitoringu těchto znalostí, procesů či stavů vědomí. Popsal také princip metapaměti (znalosti o vlastní paměti), metafantazie (znalosti o našich fantaziích) a popsal třeba také metakognitivní model psaní.

Metakognice se týká vnitřních kognitivních faktorů, které řídí, monitorují a hodnotí myšlení. Dle Wellse (2009) ji lze rozdělit následovně:

- metakognitivní znalosti (např. „*Musím si dělat starosti, abych se s tím vyrovnal*“)
- zkušenosti (např. Pocit z „*vědění*“, znalost)
- strategie (např. Způsoby ovládání myšlenek a ochraňující přesvědčení)

Produktem metakognicí může být síla, vliv a vytrvalost iracionálních přesvědčení či schémat (zmiňovaných v teoriích A. Ellise a A. Becka). Co metakognici odlišuje od této teorie, je snaha o identifikaci konkrétního stylu myšlení a typu přesvědčení, které ta teorie nijak nezdůrazňuje jako příčinu nepohody. Metakognice zaměřují pozornost, určují styl myšlení a cílí na copingové strategie. V léčbě měly být pozměněny metakognice, a nikoli jejich důsledky. Každý člověk má své negativní myšlenky a negativní přesvědčení, alespoň někdy. Ne u každého se ovšem rozvine úzkost, deprese či emoční utrpení. Co je „*ta věc*“, která má vliv na myšlenky a určuje, zda je lze odmítnout a opustit či se ponoří do trvalejšího nepříjemného pocitu? Metapoznání neboli metakognice by měla být zodpovědná za zdravou a nezdravou kontrolu naší mysli. Celá teorie je založena na principu, kde nezáleží tolik na tom, co si osoba myslí, ale jak toto myšlení ovlivňuje jeho emoce a kontrolu nad nimi.

Myšlení lze přirovnat k činnosti velkého orchestru zahrnujícího mnoho hudebníků a nástrojů. K vytvoření přijatelné předehry musí existovat noty (hudební partitura) a dirigent. Metakognice symbolizuje noty a dirigent myšlení.

Metakognice je jinými slovy poznání aplikované na poznání. Sleduje, kontroluje a hodnotí procesy a výsledky vědomí (Wells, 2009).

3.2 Rozvoj metakognice u dětí a dospívajících

McEvoy (2019) uvádí, že děti si rozvíjejí schopnost o metakognitivním povědomí od středního školního věku. Wells (2009) uvádí největší rozvoj metakognice s kognitivním vývojem formálních operací.

Nevhodné metakognitivní názory jsou u dětí pozitivně spojeny s úzkostnými symptomy a nadměrnou psychickou kontrolou rodičů (vyvolání pocitu viny, snížení náklonnosti) a jsou negativně spojené s umožněním autonomie dětem (např. povzbuzování dětí k rozhodování a řešení jejich problémů) (McEvoy, 2019). Zajímavé je, že metakognitivní přesvědčení matek středně koreluje s metakognitivním přesvědčením jejich dětí ($r = 0,66$, $p < 0,001$), úzkostí ($r = 0,29$, $p = 0,002$) a obavami ($r = 0,31$, $p = 0,0001$) (Esbjørn et al., 2016).

Dle Waterse a Schneidera (2009) je důležitý i pojem metapaměť, což je „*být si vědom*“ své paměti a vztahu k jejímu výkonu. První zmínky o metapaměti jsou zaznamenány okolo roku 1970 výzkumníky Brown a Flavell.

Dle Flavella (1971) je koncepce metapaměti globální znalost všech možných aspektů zahrnující ukládání a vyhledávání informací. Rozlišuje dvě hlavní kategorie, jejíž znaky jsou *citlivost* (implicitní nevědomá znalost chování, velmi blízké definici procedurálnímu metakognitivnímu vědění) a *proměnná* (explicitní, vědomá a faktická znalost o důležitosti úkolů či strategií). Její vývoj označuje za dokončený kolem 8-9 roku života. Až děti ve školním věku si uvědomují, že v paměťové schopnosti se liší člověk od člověka a situace. Děti v předškolním věku často přeceňují své paměťové schopnosti, např. že téměř nikdy nezapomínají a že mají lepší paměť než ostatní vrstevníci, zároveň si ale uvědomují, že zapamatovat si více věcí je těžší než si jich zapamatovat méně, a že při zapamatování pomáhá využívat pomůcky – např. napsat si to na papírek (Waters & Schneider, 2009).

Dále se studie zaměřovaly na sebepozorování a seberegulaci (Nelson & Narens, 1994). Sebepozorování úzce souvisí s procesem „*od zdola nahoru*“ (bottom-up process) a seberegulace více odpovídá centrálním exekutivním aktivitám zahrnující plánování, vedení a hodnocení svého chování, tedy procesem „*od shora dolů*“ (a top-down process). Vývoj těchto procesů zahrnuje počáteční přeceňování svých schopností, často z důvodu svých přání a představ.

Schopnost usuzovat o vlastních mentálních stavech a afektech je zásadní pro sociální fungování. Tato schopnost se nazývá teorie mysli (Theory of Mind = ToM). Dle Flavella (1999) je teorie mysli schopnost připisovat duševní stavy (myšlenky, přesvědčení, záměry, touhy či znalosti) sobě i druhým. Teorie mysli souvisí se schopností pochopit, že ostatní mají také svá přesvědčení, touhy a záměry, které se liší od jejich vlastních. Děti do 3 let mají určité povědomí o sobě a ostatních, ale od 4 let se u dětí stále častěji projevuje schopnost porozumět falešným přesvědčením a jsou schopni reflektovat své duševní procesy.

Co se týká teorie mysli, schopnost dětí vnímat svět z pohledu jiných lidí se vyvíjí okolo 3.-4. roku života. To je spojeno s vývojem a změnami funkcí prefrontálního kortexu, zejména inhibiční funkce, která má vliv na regulaci chování (Schneider, 2009).

Autoři Meinhardt-Injac et al. (2020) testovali dvousložkový model, který měří změny související s věkem v sociálně-percepční a sociálně-kognitivní teorii mysli. Výsledky ukázaly asymetrii ve vývoji těchto dvou komponent teorie mysli. Sociálně-kognitivní složka se vyvíjí v souladu s vývojem těchto funkcí, ne tolik s věkem. Specificky s věkem roste sociálně-percepční složka, proto se dospívání považuje za zásadní pro rozvoj těchto dovedností.

3.2.1 Teorie metakognice

Ann Brown a John Flavell se na počátku 70.let minulého století věnovali výzkumu rozvoje metakognice (Flavell et al., 2002). Metakognice se dle Schneidera (2009) týká znalostí lidí o jejich vlastním zpracování informací, stejně jako znalostí o povaze kognitivních úkolů a o strategiích pro jejich zvládnutí. Zahrnuje také výkonové dovednosti, sledování a seberegulaci vlastních kognitivních aktivit. Flavel (1979) popsal tři hlavní aspekty metakognice, a to metakognitivní znalosti, zkušenosti a dovednosti – tedy strategie ovládání kognice. Teoretický rámec dále rozpracovali Borkowski et al. (1988), kteří navrhli přepracovaný model metakognice – Good Information Processing Model (dobrý model informačního procesoru). Metakognice dle nich úzce souvisí se strategiemi člověka, motivační orientací, obecnými znalostmi a automatizovaným používáním efektivních učebních postupů.

Ve rámci teorie mysli a vývoje řeči a jazyka se prokázal silný vztah. Jazykové schopnosti hodnocené ve věku 3 a 4 roky, významně přispěly k předpovědi metapaměťového skóre ve věku 5 let. Schneider (2009) popisuje efektivní přístup k výuce vyvinutý Palincsarem a Brownem.

3.3 Kognitivně behaviorální terapie

Ačkoliv tématem není kognitivně-behaviorální terapie (KBT) ale pouze jeden z jejích směrů, je třeba si popsat princip KBT, ze kterého MCT přímo vychází. Jak vývoj shrnují Šlepecký et al. (2018), pro první vlnu KBT jsou klíčová dvě jména, a to Marks a Wölpe, kteří vystoupili ze stínu tehdejší vlny psychoanalýzy a začali se více zabývat chováním jejich pacientů. Ve druhé vlně se stali populárními Beck a Ellis, kteří svou pozornost věnovali zejména vědomým kognitivním procesům, např. automatickým myšlenkám a představám a na změnu způsobu, jak o sobě klienti uvažovali. Z jejich doby pochází známé techniky jako sokratovské dotazování, kognitivní restrukturalizace či behaviorální experimenty. Třetí vlna se po roce 1980 začala pomalu vyvíjet, protože i v kognitivně behaviorální terapii je nutné dbát na zakořeněné vzorce chování a myšlení, schémata a jádrová přesvědčení. Pomocí hraní rolí, imaginace, psychodramat či přímé práce s emocemi, se KBT postupně dostává ze stigmatu povrchové terapie. Tato vlna je nejvíce integrovaná i s jinými terapeutickými směry a přístupy a klade velký důraz na vnitřní motivaci klienta.

Metakognitivní terapie je řazena do třetí vlny kognitivně behaviorální terapie. Celou třetí vlnu dobře popisují právě Šlepecký et al. (2018), kteří vysvětlují dialekticko-behaviorální terapii, využití všímavosti v KBT (mindfulness), terapii pomocí přijetí a závazku (ACT) a terapii zaměřenou na schéma.

3.4 Metakognitivní terapie

Nejvýznamnějším českým autorem a překladatelem metakognitivního tréninku pro psychózy, je Petr Možný (2012). Bažant (2013) se zabýval výzkumem využití MCT u pacientů se schizofrenií, a také vyzdvihuje benefit tohoto přístupu, který využívá monitoringu „*myšlení o myšlení*“ a zpětně reguluje kognici. Člověk se v metakognitivní terapii učí rozpoznávat nefunkční vzorce metakognice.

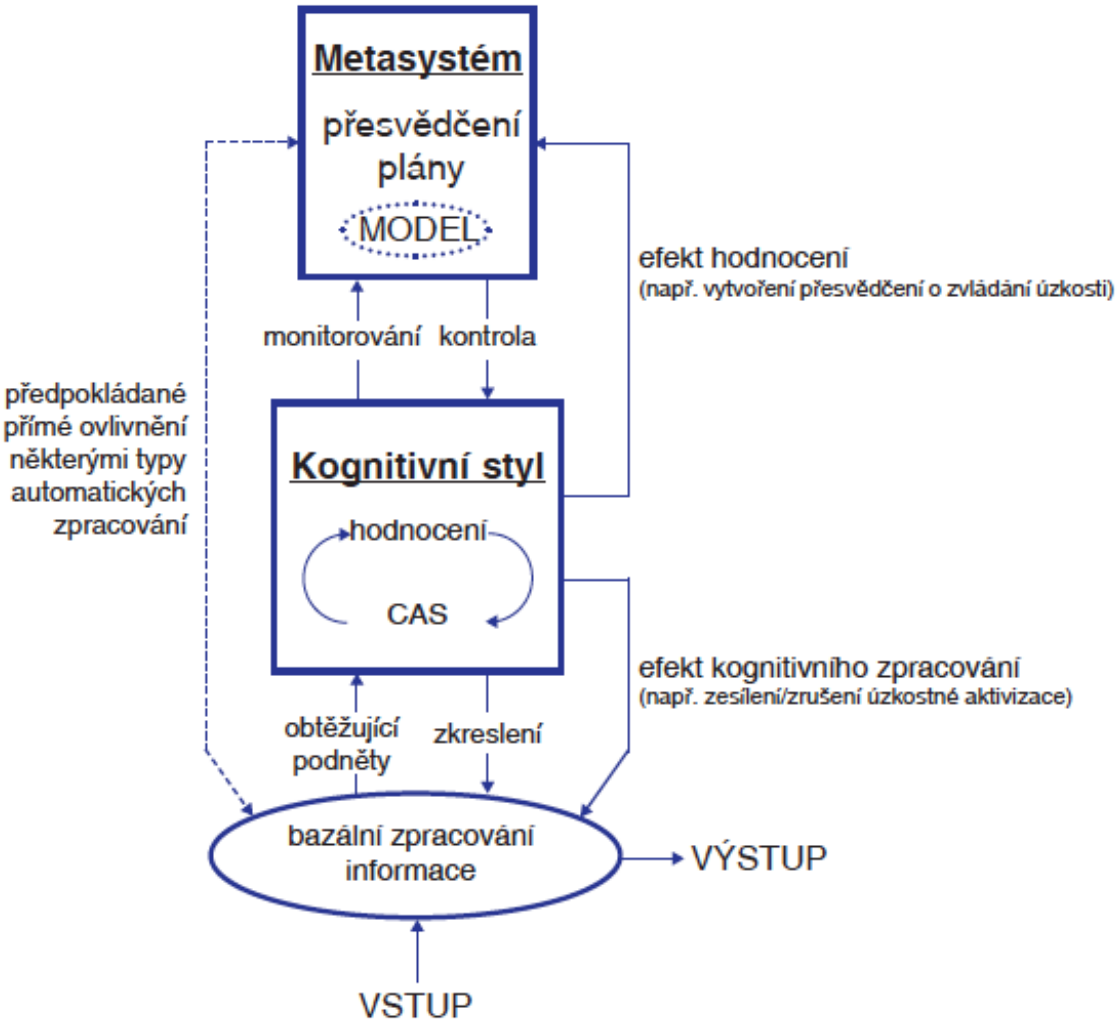
Základní modely metakognitivní terapie (MCT) dělí Wells (2013) na dva druhy. První je tzv. S-REF (Self-Regulatory Executive Function), neboli samoregulační zpracování informací. Tento model obsahuje čtyři koncepty, které se používají k vysvětlení přetrvávajících negativních myšlenek a s tím související dysfunkci emocí.

Jedná se o:

- Pozornostně-kognitivní syndrom (CAS = Cognitive Attention Syndrome)
- Metakognitivní přesvědčení (Metacognitive beliefs)
- Pozornostní/Výkonná kontrola (Attention or executive control)
- Mentální módy (Mental modes)

Bažant (2013) vytvořil velmi přehledné schéma znázorňující provázanost mezi jednotlivými koncepty, které popsal Wells (2013).

Obrázek 1
Systém S-REF (Bažant, 2013, str. 88)



Dle modelu S-REF jsou psychické poruchy způsobeny perzistencí v myšlení, které se vyskytuje ve formě pozornostně-kognitivního syndromu (CAS). Ač to zní trošku uměle, jedná se o reakci, kterou člověk automaticky dělá při vystavení se negativním myšlenkám, přesvědčením nebo emocím (Wells, 2013). Jedná se o obavy, ruminace, dysfunkční fixace pozornosti na ohrožení a chybné strategie řešení, o kterých si pacient myslí, že mu pomáhají (Bažant, 2013).

Hrozba je díky CAS více rozšířená a zpracovávaná formou starostí a ruminací. Můžeme si to představit jako verbální formy představ, které mají odhalit nebo se vyhnout možným hrozbám v budoucnosti, či analyzovat minulost. Na příkladu to může vypadat takto: úzkostný člověk se obává, že v budoucnu onemocní, člověk s depresí tráví velké množství času analyzováním příčin špatné nálady, aby našel řešení. Co CAS udržuje je chování, které jedinec považuje za výhodné při řešení problému, ve skutečnosti ale problém udržuje (Bažant, 2013).

Metakognitivní přesvědčení může být jak pozitivní, tak i negativní, ale vede ke stálému udržování CAS. Bažant (2013) také zmiňuje pojem „*nestranná všímavost*“ (detached mindfulness), což je specifický stav uvědomování, který vede k vytvoření adaptivního metakognitivního sledování a kontroly vlastních myšlenkových procesů, které pozměňují styl myšlení a vztah k našemu myšlení. Díky nestrannosti a odstupu či člověk uvědomuje nežádoucí styly myšlení, učí se je zastavit a staví se do role pozorovatele svých myšlenek. Myšlenky tedy nejsou fakta, ale pouze sledované události.

Nejnižší úroveň jsou neuvědomované a základně zpracováné informace, které se dějí automaticky nebo reflexně. Mohou proniknout do vědomí, kde je na ně zaměřena pozornost, a to vede ke dvěma cestám – krátký proces, který je rychle opuštěn nebo spuštění vědomého zpracování myšlenek a následného chování.

3.4.1 Metakognitivní trénink

Metakognitivní trénink (MCT – Metacognitive Training) si můžeme vysvětlit na následujícím příkladu, který uvedli Jelinek et al. (2015c):

„Představte si, že své myšlenky pozorujete z dálky, jako byste seděli na satelitu (metakognice) a pozorovali zeměkouli (myšlenky). Je to vlastně „*myšlení o myšlení*“. Soustředíme se zejména na myšlenkové vzorce, které hrají roli při vzniku a udržování duševních poruch (např. deprese)“.

Obrázek 2

Myšlení nad myšlením (Jelinek et al., 2015c)

Jak tvrdí Wells (2013), metakognitivní model psychických poruch je zřejmý a s tím souvisí metakognitivní terapie. Jelikož výsledky studií poukazují na velmi povzbudivé efekty využití metakognitivní terapie (MCT), považuje se za obecně přijatelnou a účinnou léčbu nejen pacientů s úzkostnou poruchou, ale i u jiných poruch. Současný trend ve výzkumu MCT se zaměřuje na implikaci metakognitivního modelu pro pochopení původu zkreslení naší mentální kontroly, a také se zajímá o vliv vztahové vazby na toto zkreslení.

Jak funguje metakognice a důsledky negativních přesvědčení ilustruje Wells (2013, str. 186) na následujícím příkladu:

„*Představte si dva jedince, kteří oba stejnou mírou věří faktu, že jsou bezcenní. Jejich reakce na toto přesvědčení se však liší. Jeden z nich se obává dojmu, který tím vytváří a ulpívavě analyzuje důvody, proč je bezcenný. Druhý člověk dochází k závěru, že je opravdu nepodstatné dělat si starosti nebo dumat nad minulostí, a pro takového člověka je řešením udělat něco, co ovlivňuje jeho přítomnost. Tyto dva odlišné vzorce reakcí na tu samou myšlenku podněcují vznik úplně odlišných emocí. V prvním případě si jedinec prodlužuje a prohlubuje svá trápení, zatímco toho druhého tíseň a nepříjemné pocity po chvíli opustí*“.

3.5 Využití metakognitivní terapie

Dle Papageorgiouse (2014) nezávislé analýzy MCT naznačují, že je spojena s vysokou mírou zotavení a může být účinnější než kognitivně behaviorální terapie (KBT). Dle autora lze platnost negativních myšlenek zpochybňovat pomocí metod KBT, ale lze také pacienta povzbudit k rozvoji alternativního a více adaptivního chování ke konkrétním spouštěčům. MCT má výhodu oproti jiným terapeutickým přístupům, že je založena na komplexním modelu, který spojuje více dimenzí kognice se seberegulací a emocemi. V MCT terapeut nezpochybňuje obsah myšlenek, ale pomáhá pacientovi rozpoznat neužitečné řetězce ulpívavého myšlení a všimnout si dysfunkční mentální kontroly, kterou se pak snaží dostat pod adaptivní kontrolu.

Cílem MCT je odstranit CAS (výše zmíněný syndrom kognitivní pozornosti) v reakci na negativní myšlenky a zkušenosti tím, že člověk zvýší povědomí o tomto automatickém (a často nevědomém) procesu, a zlepší svou selektivní pozornost. MCT se snaží modifikovat základní metakognitivní přesvědčení, a to rozvojem flexibilnějších reakcí na negativní nápady a myšlenky. Dalšími technikami je trénink pozornosti, odpoutaná všímavost či odkládání starostí (pozn.: ve výzkumné části tuto techniku nazýváme „*dát si schůzku se svými myšlenkami*“).

Dle Normanna et al. (2014) je MCT při léčbě úzkostí a deprese efektivnější oproti výsledkům kontrolní skupiny na pořadníku nebo po intervenci KBT. Autoři upozorňují na malý vzorek jejich výzkumu a absenci dalších terapeutických přístupů.

3.6 Účinky metakognitivního tréninku u dospělých

3.6.1 Výzkum využití MCT u deprese

Papageorgiou a Wells (2014) uvedli výzkum u pacientů s depresí, kteří byli rezistentní jak na farmakologickou léčbu, tak na kognitivně-behaviorální terapii. Pomocí skupinové metakognitivní terapie se zúčastnili 12 sezení po 2 hodinách, se dvěma posilujícími setkáními po ukončení terapií. Všichni pacienti skupinový trénink dokončili a došlo k výraznému zlepšení napříč mírou deprese, úzkosti, ruminace a pozitivních i negativních metakognitivních přesvědčeních o ruminaci.

Analýza zotavení prokázala, že 70 % pacientů bylo klasifikováno jako zotavených a dalších 20 % jako zlepšených jak po léčbě, tak po 6 měsících následného sledování stavu účastníků. Snížila se také frekvence komorbidních diagnóz.

V léčbě deprese existuje účinná farmakologická a psychologická léčba. I kdyby však byla optimální léčba dostupná všem pacientům, zátěž by se snížila pouze o 30 %, a to z důvodů např. předčasnému ukončení léčby nebo četnosti relapsů (Jelinek et al., 2016). Proto byl vyvinut metakognitivní trénink deprese (D-MCT) jako nízkoprahová, snadno aplikovatelná skupinová intervence založená na kognitivně-behaviorální terapii (Jelinek et al., 2015b). Cílem D-MCT je snížit příznaky deprese změnou kognitivních předsudků pacienta tím, že se změní metakognitivní perspektiva.

Jádro D-MCT tvoří řada obecných kognitivních zkreslení, které byly identifikovány základním kognitivním výzkumem (např. kongruentní paměť). Míří se na dysfunkční copingové strategie (tj. potlačení myšlení, ruminace). Řeší také obsah depresivních myšlenkových vzorců. Je vytvořen po vzoru metakognitivního tréninku zaměřeného na psychózy (Moritz et al., 2014), to znamená že jednou z metod je zpochybňování kognitivních předsudků prostřednictvím kreativních a poutavých cvičení (cílem je vhled vyvolaný „aha zážitky“). Používají se standardizované multimediální prezentace, čímž je trénink velmi dostupný. Autoři ověřovali bezpečnost a účinnost v otevřené pilotní studii.

Kritérii pro vyloučení byly celoživotní psychotické symptomy, suicidalita (kterou autoři měřili na škále Suicidal Behaviors Questionnaire) nebo mentální retardace (odhadem IQ pod 70). Poruchy osobnosti a změny v medikaci byly tolerovány (Jelinek et al., 2016). Autoři zjistili, že D-MCT je slibná doplňková léčba deprese. V kontrolní skupině byla pozorována pouze okrajová změna. Někteří účastníci mohli trpět také reziduálními symptomy, které obecně predikují horší dlouhodobý výsledek. Limity studie mohou být např. nepoužívání škál adherence (míra spolupráce při léčbě), zkreslení vlivu věrnosti výzkumníků, omezená zobecnitelnost výsledků, kulturní odlišnosti atd.

3.6.2 Metakognitivní terapie při léčbě úzkosti

Metakognitivní trénink má významný vliv na snížení úzkosti, zlepšení tělesného obrazu a také zlepšení dalších symptomů tělesné dysmorfické poruchy pacientů (Mousavi et al., 2016).

Autoři Nordahl et al. (2018) se zaměřili na srovnání metakognitivní terapie (MCT) s léčbou pomocí standardní kognitivně behaviorální terapie (KBT) u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. Celkem 246 účastníků rozdělili do tří skupin – KBT, MCT a kontrolní skupina v pořadníku. Výsledky ukázaly, že jak KBT, tak MCT byly účinnými formami léčby, nicméně MCT vedla k významnější míře zotavení (65 % vs. 38 %).

Podobných výsledků dosáhli také Hoffart et al. (2018), kteří se zaměřovali na CAS, tedy kognitivní aktivační systém – viz teorie o metakognici od Wellse (2009). Negativní a pozitivní přesvědčení klesla více při MCT než KBT.

Cílem další studie bylo otestovat nepřímý vliv metakognitivních přesvědčení na psychologický distres prostřednictvím repetitivního (opakovaného) negativního myšlení (RNM). Pacienti s GAD se zúčastnili šestitýdenního programu skupinové MCT a před zahájením i po ukončení skupin vyplnili dotazník ohledně měření metakognitivních přesvědčení, opakujícího se negativního myšlení a symptomů úzkosti. Ve výsledku má negativní metakognitivní přesvědčení nepřímý účinek na stres prostřednictvím RNM. Zacílení na negativní metakognice v léčbě snižuje RNM a následně emoční stres (McEvoy et al., 2015).

MCT intervence má tři složky: a) normalizace, b) usnadnění vhledu do vztahu mezi kognitivními předsudky a klamy, c) „*zasévat semínka*“ pochybností o bludných přesvědčení. Autoři uvádí, že MCT pomáhá snižovat bludné přesvědčení a intenzitu úzkosti, kterou bludy podněcují, a také zlepšují interpersonální a psychosociální fungování (Kumar et al., 2014).

Hartman (1983) zkoumal otázku metakognitivního modelu sociální úzkosti, díky které sociálně úzkostný klient prožívá druhé lidi autocentricky, tzn. z hlediska toho, jak vnímá, hodnotí a ovlivňuje vlastní já. Cílem léčby je porozumět myšlenkám a zkušenostem jiných lidí, ocenit a sdílet s nimi pocity. Sattary Najaf Abady (2015) zkoumal skupinu studentů, kteří prošli 9 sezeními metakognitivního cvičení oproti studentům bez intervence. Sledoval míru úzkosti z testu u studentů. Výsledky ukázaly, že u skupiny s metakognitivním tréninkem se významně snížily příznaky úzkosti z testu.

3.6.3 Metakognitivní terapie pro léčbu psychózy

Dle Moritze et al. (2013e) se jako nejúčinnější léčba psychózy jeví kognitivně-behaviorální terapie, která se ale v praxi využívá spíše jako doplňková léčba k antipsychotikům. Metakognitivní trénink se zaměřuje na kognitivní předsudky, které se domněle podílejí na vytváření bludů, jejichž přítomnost si pacienti často neuvědomují. Dalším explicitním cílem MCT je podporovat zlepšení sociálního poznání a teorii mysli.

Metakognitivní trénink pro schizofrenii (Možný, 2012) shrnuje přínosy metody od autorů Moritze a Woodwarda (2007). Skládá se z 8 modulů dle vzorce pro všechny ostatní metakognitivní programy (OCD, deprese atd.). Zaměřuje se vždy na nějaký typ kognitivního zkreslení. Mezi hlavní poruchy kognitivních procesů u schizofrenie patří: paranoidní atribuční styl, ukvapené závěry, sklon přehlížet protiřečící fakta, zhoršená schopnost empatie, zhoršená schopnost rozpoznávání emocí a zhoršená schopnost rozlišovat skutečné a falešné vzpomínky. V rámci skupiny 3-10 pacientů, kteří měli bludná přesvědčení a halucinace, se s terapeuty setkávali 2x týdně na 30-45 minut. Ve studii, kterou provedli sami Moritz a Woodward (2007) porovnávali MCT a kognitivní rehabilitaci (CogPack). Po skončení programu byl MCT hodnocen jako užitečnější, přínosnější a zábavnější. I další studie potvrzují účinnost MCT u pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou (Možný, 2012).

Brar et al. (2021) se zabývali dialogem mezi metakognitivním tréninkem psychózy a tradicí fenomenologické psychopatologie. MCT zahrnuje moduly (Moritz et al., 2013e) zaměřené na kognitivní a afektivní předsudky, které jsou klíčovými mechanismy při utváření a udržování bludů u schizofrenie. Ve fenomenologické psychopatologii se zdůrazňuje, jak různé typy abnomálních zkušeností mohou působit jako cesty k různým typům bludů. Důraz fenomenologie na rozmanitost bludných zkušeností naznačuje, že je třeba zvážit, zda by některé moduly MCT mohly být zvláště vhodné pro léčbu konkrétních bludů.

MCT se také zaměřuje na deficity v teorii mysli (ToM; moduly 4, 6). Pokud jsou přítomny u jedinců se schizofrenií, jsou pouze nekonzistentně spojováni s bludy (Garety & Freeman, 2013).

Capobianco et al. (2020) uvádí, že negativní metakognitivní přesvědčení je důvodem pro znepokojení, pocit nekontrolovatelnosti a obav o nebezpečí. Tyto obavy významně a pozitivně předpovídaly symptomy úzkosti a deprese.

Metakognitivní model psychické poruchy je aplikovatelný na psychické symptomy úzkosti a deprese napříč řadou chronických zdravotních stavů, což znamená, že metakognitivní terapie může být užitečná při zlepšování výsledků u četných nemocí, které zahrnují špatné duševní i fyzické zdraví.

Hutton et al. (2013) provedli metakognitivní terapii u psychotických pacientů, kteří byli rezistentní vůči terapii. Zkoumali, zdali 11-13 sezení může signifikantně zlepšit deziluze, halucinace, úzkosti, depresi a zajistit subjektivní zlepšení vnímané pacienty. U dvou ze tří sledovaných pacientů se významně snížil výskyt jmenovaných symptomů. Zlepšení trvalo i po 3 měsících po ukončení terapie.

3.6.4 Metakognitivní terapie OCD

Skupina autorů vyvinula svépomocný manuál „*Můj metakognitivní trénink pro OCD*“ (MyMCT) (Moritz et al., 2010), jehož cílem bylo zvýšit povědomí pacientů o kognitivních předsudcích, které, jak se zdá, podporují OCD. Po čtyřtýdenní práci s manuálem vykázala skupina MyMCT signifikantní zlepšení symptomů OCD (zejména obsesí) dle dotazníku Y-BOCS, ve srovnání se skupinou v pořadníku. Autoři popisují šest hlavních kognitivních předsudků u OCD: velká odpovědnost, velký důraz na důležitost myšlenek, nadměrná starost o důležitost kontroly vlastních myšlenek, přeceňování ohrožení, absence tolerance nejistoty a perfekcionismus. Autoři odvodili některá cvičení z metakognitivního tréninkového programu pro schizofrenii (Brar et al.,2021; Kumar et al., 2014), kde použili zejména tři hlavní body: psychoedukaci (poučit pacienty o základních rysech OCD, jako například vyhýbání se a zabezpečujícím chování), dále pomoci pacientům odhalit kognitivní předsudky (jednak maladaptivní přesvědčení a také pojmenovat strategie, které udržují příznaky OCD) a zprostředkovat nové strategie pro snížení symptomů OCD, či jak se s nimi vyrovnat.

Autoři Fitt a Rees (2012) zjišťovali, zdali mohou metakognitivní terapii založit na videokonferencích. Účinnost MCT u obsedantně-kompulzivní poruchy tváří v tvář se prokázala v mnoha studiích (Moritz et al., 2010). Tři účastníci absolvovali krátký MCT kurz pomocí videokonference. Účastníci zaznamenali klinicky významné snížení symptomů (použita byla škála Y-Bocs a škála DASS) OCD, deprese, úzkosti a stresu, z nichž některé se udržely sníženy i po 6-8 týdnech sledování. Výsledky naznačují, že videokonferenční MCT může být u OCD účinné také, samozřejmě je třeba tyto výsledky ověřit na větším vzorku.

Autoři Miegel et al. (2021) tvrdí, že méně než polovině lidí s OCD je poskytnuta péče založena na důkazech (evidence-based) či na doporučených pokynech. Na vzorku 39 lidí v experiementální a 40 lidí v kontrolní skupině ověřovali účinnost metakognitivního tréninku (pomocí Y-BOCS). V metakognitivní skupině se symptomy OCD snížily více než v kontrolní skupině. Pokles nutkavých a dysfunkčních metakognitivních přesvědčení byl také větší u MCT skupiny.

Grøtte et al. (2015) zkoumali důležité vztahy mezi metakognicí, odpovědností a perfekcionismem u obsedantně-kompulzivní poruchy. Právě přehnaná zodpovědnost a perfekcionismus je s OCD ve velmi úzkém vztahu. Výsledky studie ukázaly, že obsedantně-kompulzivní symptomy, kognitivní a metakognitivní přesvědčení byly během léčby významně redukovány, přičemž metakognitivní změna přesvědčení se ukázala být lepším nezávislým prediktorem pro zotavení než změna kognitivního přesvědčení.

Miegel et al. (2020) sledovali účinek MCT u pacientů s OCD, kdy se symptomy snížily s vysokou mírou účinku, zároveň ale autoři upozorňují na absenci kontrolní skupiny. Autoři použili originální trénink pro pacienty s psychózou a tento trénink upravili pro obsedantně-kompulzivní poruchu. Použili stejný postup jako my v této práci, ač vycházeli z jiného modulu.

Po vzoru originálu popisují osm modulů, které vytvořili následovně:

- Falešné předpoklady o OCD
- Perfekcionismus
- Netolerance nejistoty
- Akční fúze
- Kontrola myšlenek
- Nadhodnocování hrozeb
- Velký smysl pro zodpovědnost
- Předpojatá pozornost/předpojaté kognitivní sítě

3.6.5 Metakognitivní terapie pro hraniční poruchu osobnosti

Cílem MCT zaměřeného pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti je pomoci identifikovat a oslabit (nejen meta) kognitivní předsudky. Pomocí zábavných a hravých cvičení pacientům trénink ukazuje, že tyto předsudky jsou běžné a normální, zároveň mohou vést k dysfunčkním vzorcům myšlení a ohrozit úsudek člověka. Jak autoři shrnují, hraniční porucha osobnosti (HPO) je typická pro náhlé stavy emočního vzrušení, které jsou často následovány sebepoškozujícím chováním nebo disociativními jevy. Objevuje se horší kontrola afektů, kolísá sebevědomí a pocit identity, dostavují se problémy v sociálních interakcích a dysfunkční vzorce chování. V MCT se zaměřují na nedávno identifikované dysfunkční styly myšlení typické pro HPO, např. nadměrnou důvěru v rozpoznávání emocí druhých či dichotomické myšlení. V tomto modulu autoři vycházeli z již existujícího tréninku pro psychózy a depresi, ale postupovali také tak, aby cílili přímo na konkrétní a nejčastější dysfuknční vzorce u pacientů s HPO (Kolbeck & Schiling, 2018)

MCT pro hraniční poruchy osobnosti více popisujeme v empirické části práce. Nutno zmínit, že za vývojem MCT-B (Metacognitive therapy for Bordeline Personality Disorder) stojí (Moritz et al., 2013a).

Kromě MCT se v praxi využívá ve velké míře KBT či dialekticko-behaviorální terapie (DBT) (Šlepecký et al., 2018).

3.6.6 Další výzkumy

Výzkum MCT u pacientů s rakovinou

Cook et al. (2015) se zabýval asociací metakognitivních přesvědčení a procesů s přetrvávajícím emočním stresem po diagnóze rakoviny. Ukázalo se, že modifikace metakognitivních přesvědčení má potenciál zmírnit úzkost související s rakovinou. Dle autorů zažívá až jedna třetina pacientů během léčby či v dlouhodobém sledování významnou míru nepohody, zahrnující úzkost a depresi. Celoživotní prevalence posttraumatické stresové poruchy související s rakovinou je 10-12 % u rakoviny prsu, a 20 % u jiných typů rakovin (Andrykowski & Kangas, 2010).

Výzkum využití MCT u poruch pozornosti

Callinan et al. (2015) uvádí randomizovanou kontrolovanou studii účinků techniky tréninku pozornosti (ATT = attention training) na symptomy traumatického stresu, posun emoční pozornosti a flexibilitu. Trénink pozornosti je součástí nejen mindfulness, ale i metakognitivního tréninku a dá se využívat i samostatně. McEvoy (2019) popisuje tři fáze, během kterých se člověk snaží udržet pozornost na konkrétní sluchové podněty. V první fázi se jedná o selektivní pozornost, následně rychlé přepínání pozornosti a v poslední fázi trénink rozdělené pozornosti, tedy zvětšení rozsahu pozornosti na všechny podněty současně.

Účastníci byli vystaveni vyprávění o svém stresujícím zážitku před intervencí a po ní (v kontrolní nebo ATT skupině). Primárními výsledky byla četnost výskytu negativních emocí při vyprávění. Sekundární výsledky zahrnovaly sebehodnocení a měření flexibility pozornosti založené na výkonu. Trénink pozornosti významně snížil intruze a zlepšil negativní emoční dopad u jedinců, který zažili stresující životní událost. Tato technika také redukuje pozornost zaměřenou na sebe (nepřiměřené sebesledování), zvyšuje flexibilitu pozornosti a modifikuje výkon při úkolu, který je náročný jak na emoce, tak pozornost (Callinan et al., 2015).

Gkika a Wells (2015) porovnávali oddělenou všímavost (detached mindfulness) a hodnocení myšlenek (thought evaluation) u sociálně úzkostných jedinců. Dvanáct účastníků s velkou sociální úzkostí denně procvičovalo techniky, než pronesli řeč přímo s experimentátorem. Předpokládalo se, že obě techniky budou výhodné, ale že oddálená všímavost bude celkově lepší než hodnocení myšlenek. Ve výsledku ale obě techniky snížily míru úzkosti. Oddálená všímavost vedla ke snížení negativních přesvědčení a anticipačních úzkostí. Výsledky ale také ukazují, že kombinovat obě techniky může být nevýhodné.

3.6.7 Vedlejší účinky MCT

Dietrichkeit et al. (2021) zkoumali vedlejší účinky metakognitivního tréninku pro pacienty s depresí, které měřili pomocí dotazníku SIAN (inventář pro měření negativních efektů). Asi 50 % účastníků po vyhodnocení hlásilo alespoň jeden vedlejší účinek v dotazníku SIAN. Nejčastěji hlášeným nežádoucím účinkem bylo zklamání ze subjektivního přínosu léčby. Např.: „*Jsem zklamaný, že se necítím lépe na konci D-MCT/MyBrainTraining*“ nebo „*Cítím se hůře, protože se moje depresivní myšlenky ještě zhoršili díky programu*“.

Autoři zdůrazňují nutnost při následujících studiích také měřit negativní účinky metakognitivního tréninku (MyBrainTraining). Zároveň ale potvrzují, že program D-MCT a MyBrainTraining jsou bezpečné a dobře přijímané možnosti léčby pro lidi s depresí.

4 METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK U ADOLESCENTŮ

Jak uvádí Bažant (2013), původním účelem metakognitivního tréninku bylo zefektivnit proces učení u dětí. Wells (2009) ho považuje za přímé rozšíření KBT. V následujícím textu se věnujeme zejména výzkumům ze zahraničních odborných článků a tato kapitola tímto svou délkou odpovídá počtu výzkumů ohledně využití MCT u dětí a adolescentů.

4.1 Specifika metakognitivní terapie u dětí

Díky autorům Esbjørn et al. (2015) byl vytvořen manuál MCT-c, pro metakognitivní terapii dětí s GAD. V našem výzkumu se tímto manuálem inspirujeme také spíše ve využívání metafor. Autoři vycházeli z technik pro dospělé, zároveň brali v potaz specifika dětské skupiny. Terapie byla podporována pracovními listy, praktickými cvičeními a byla prováděna ve skupinovém formátu. Velká část procvičování technik metakognitivního tréninku proběhla přímo při skupinovém setkání, za přítomnosti terapeuta. Zjištění ukazují, že upravená verze metakognitivních technik a manuálu pro děti je realizovatelná v praxi.

Jak zmiňuje Stallard (2009), pro děti je často obtížné zobecnit získané znalosti a dovednosti během terapeutického rozhovoru do situací, kdy prožívají zvýšenou úzkost. Sokratovské dialogy mohou napomáhat internalizovat dovednosti, nicméně děti (a ze zkušenosti i dívky v období dospívání) mají tendenci odpovídat „nevím“. Proto nám přijde velmi vhodné využívat prezentace, pracovní listy a interaktivní nácviky dovedností.

Autoři popisují, že se setkání skládala z psychoedukace, skupinových diskusí, kde se děti zapojovaly. Dále ze Sokratovských dialogů, použití pracovník listů, obrázků, experimentů a metafor (např. že neužitečné metakognice jsou jako starý počítačový software, a my potřebujeme „upgradovat“ systém). CAS autoři přiblížili dětem jako ilustraci, kde je dítě kolem sebe obklopeno bublinou, a v tu chvíli je velmi pozorné a všímavé ke svým myšlenkám a tělesným pocitům, že nevnímá žádné jiné aspekty prostředí mimo tu svou bublinu (Esbjørn et al., 2015).

Autoři do MCT zahrnuli trénink pozornosti ze dvou důvodů. Myšlenky připodobnili k hluku a je na dítěti, zdali na něj bude reagovat nebo ne. Za druhé se snažili naučit dítě převzít kontrolu nad jeho pozorností. Děti si uvědomovaly, že jejich pozornost někdy sklouzne, kam nechtějí, a to může vyvolat velmi nepříjemné pocity, ale zároveň ji mohou přesměrovat na jiné podněty. Zdůrazňují, že se často jedná o zvyk, ne o nekontrolovatelný proces. Autoři vytvořili audio nahrávku, aby děti mohly procvičovat i doma. Neopomněli ani práci s odloženou všímavostí, kterou připodobnili k rozjíždějícímu se vlaku, do kterého můžeme nastoupit a nechat ho rozjet, nebo nenastoupit a sledovat, jak pomalu odjíždí bez nás. K procvičování odložené všímavosti autoři vyzývali děti, aby si své obavy nechávaly na konkrétní hodinu během dne, a v té se svým obavám věnovaly, ale po zbytek dne se měly snažit svými obavami nezaobírat.

Na základě zkušeností autorů v tomto výzkumu doporučují následující: nejčastěji používanými techniky byly metafory pro odložení všímavosti. Konkrétně představa starosti jako vlaku nebo mraku. „*Představte si, že jste v helikoptéře a díváte se dolů na sebe a své starosti*“. Pomáhá zapsat si své spouštěcí myšlenky na okno, a rozhodnout se, zdali se budou dívat na ni nebo ven na okolní svět (i přesto že tam ta obava stále je).

Techniky bychom obecně shrnuli do tří oblastí:

- situační přeorientování pozornosti
- nácvik neustále „*nevyžadovat ujištění*“ od rodičů
- hledání situací vyvolávající obavy a následně aplikovat odloženou všímavost

Konečný manuál (Esbjørn et al., 2015) se skládal ze dvou rodičovských workshopů, osmi dětských skupinových sezení a z jedné dobrovolné posilovací akce pro děti i rodiče (3–5 týdnů po ukončení skupinových sezení). Všechna sezení trvala 2 hodiny.

4.2 Výzkumy o metakognitivní terapii u dětí

Thorslund et al. (2020) provedli výzkum s 10 účastníky, kteří se zúčastnili metakognitivního tréninku. Většina účastníků popisovala potíže s obavami, spánkem, úzkostí při výkonu, panickými atakami, nízkým sebepojetím a depresivními ruminacemi. Cílem bylo vyhodnotit přijatelnost a účinnost krátkého MCT ve skupině, která se zaměřovala na repetitivně negativní myšlenky u osob s úzkostí nebo depresí. Autoři využívali „*Metakognitivní dotazník pro děti*“, který obsahuje 24 položek a měří 4 metakognitivní procesy (Bacow et al., 2009). Dále používali dotazníky pro měření repetitivního negativního myšlení a tzv. Ruminative Response Scale neboli škálu pro měření subjektivní odpovědi člověka na depresivní náladu (Treynor et al., 2003) a dotazník pro měření repetitivních myšlenek. Souběžně probíhaly dvě skupiny po pěti účastnících. Většina účastníků po 3 měsících od ukončení setkávání již nenaplňovala diagnostická kritéria pro úzkostné či depresivní poruchy. Také zaznamenali výrazné změny v metakognicích a repetitivním negativním myšlení.

Esbjørn et al. (2018) zjistili, že se po 8týdenní léčbě generalizované úzkostné poruchy (GAD) pomocí MCT, zotavilo z GAD 86,4 % dětí, a 72,7 % bylo bez všech úzkostných příznaků.

Důležitým faktem, který uvádí Thorslund et al. (2020), je absence studií, které by ověřovaly účinnost skupinového metakognitivního tréninku u dospívajících, a nikdo prozatím neléčil vzorek se smíšenými diagnózami (např. úzkost a/nebo depresivní poruchy). Autoři předpokládají účinnost skupinových metakognitivních tréninků a potenciální zvýšení dostupnosti kvalitní a efektivní terapie. Smíšené terapeutické skupiny jsou vhodné zejména kvůli komorbiditě obou poruch (deprese je často komorbidní s úzkostí a naopak). Skupiny tedy lze rychleji naplnit a zkrátit čekací doby pro jejich otevření.

4.3 Výzkumy o využití metakognitivní terapie u adolescentů

U nás se účinností metakognitivního tréninku věnuje také Bažant (2013). Uvádí velký přínos MCT u deprese, GAD, PTSD, OCD a schizofrenie. Uvádíme přehled hlavních faktorů u jednotlivých poruch, na které MCT míří (Bažant, 2013, str. 89; Wells, 2009):

Deprese

- Problém: ruminace (přežvykování myšlenek a symptomů dokola)
- Cíl: snaha o zachytávání pozitivních přesvědčení, snížení neužitečných způsobů řešení a ruminací, lepší vyhodnocení a řešení hrozeb

Generalizovaná úzkostná porucha

- Problém: vysoká míra obav, věnují velkou pozornost ohrožení a snaží se vyhnout újmě, obavy ze zbláznění se z myšlenek, potlačování obav, nervozita, podráždění
- Cíl: Změnit strategie kontroly myšlenek, negativních přesvědčení a uvažování o nebezpečnosti obav

PTSD

- Problém: znovuprožívání traumatických událostí, živé vzpomínky, obavy, ruminace, neodklonitelné zaměření pozornosti na hrozby, snaha se vyhnout děsivým myšlenkám a následná přecitlivělost a podráždění
- Cíl: Odpoutat se od neužitečných stylů myšlení, vystavení se ohrožujícím myšlenkám či zpochybňování současně prožívaných emocí vzhledem k minulému traumatu, přepracování maladaptivních automatických myšlenek

OCD

- Problém: vtíravé myšlenky, obsese (často ego-dystonní), velká snaha o snížení úzkosti z obsese provedením rituálu – kompulzí
- Cíl: změnit přesvědčení o nemožnosti kontroly a nebezpečnosti myšlenek, změna v metakognici se jeví jako účinnější metoda než pouhá změna kognice

Schizofrenie

- Problém: změny v hodnocení vlastního uvažování a okolního prostředí, vyšší tendence k unáhleným závěrům, atribučnímu zkreslení, neradi vidí důkazy proti bludným přesvědčením, jsou si nadmíru jisti chybováním a problém se objevuje i v teorii mysli, kdy nesprávně odhadují, co druhý člověk prožívá nebo co si myslí
- Cíl: zaměření na chyby v úsudku a předsudky, které mohou zhoršovat přesvědčivost bludů, snaha o uvědomění, že pacient hodnotí skutečnost zkresleně a následně zlepší přístup k řešení problémů.

4.3.1 Využití metakognitivního tréninku v procesu učení

Lokajíčková (2014) popisuje, jak je metakognice jednou z rozhodujících dispozicí v oblasti efektivity učení. Schofieldová (2012) popisuje rozvoj metakognitivního myšlení z pohledu žáka a učitele. Z pohledu žáka se jedná např. o plánování a popis cíle, sdělení, co žák očekává od učení, explicitně vyjádřit kognitivní procesy a dovednosti, které jsou nezbytné k dokončení úlohy, tvořit vazby na dříve naučené a užívat řečnické otázky. Z pohledu učitele je to metoda „popichování" žáka k myšlení, pomocí otázek, přemýšlet nahlas, znát sebehodnocení žáků a prostředí, ve kterém vyrůstají, používat akronymy, grafy a pomůcky. K rozvoji metakognice může posloužit také Feuersteinův program instrumentálního obohacení, což rozvíjí kognitivní výbavu dítěte a zkoumá nástroje, kterými by měl být žák vybaven pro své učení (Lokajíčková, 2014).

„Reciproční výuka" vyžaduje, aby se studenti a učitelé střídali v provádění různých strategiích řešení problémů (matematické operace, postupy při čtení atd.). Děti objevují užitečnost strategií a zároveň jim učitelé sděluji, jak jsou dané strategie užitečné. Děti už ve věku 7-8 let, naučit sledovat účinnost strategií, které používají a z toho využít užitečné informace pro příští řešení problému.

Existuje také program „*Informed Strategies for Learning*" (ILS) či metkognitivní nácvik. Jeho cílem je získat vhled do svého myšlení a způsobu zacházení s informacemi při řešení úkolů. Vhodná je také rekapitulace, tím si žák uvědomuje, jaké postupy a strategie musel zvolit pro vyřešení problému (Janík et al., 2008). Ke zjištění úrovně metakognice ve výuce lze využít například dotazník MAI (Metacognitive Awareness Inventory) od autorů Schraw a Dennison (1994). Díky 52 položkám zjišťuje znalosti kognice a regulaci kognice.

4.3.2 Metakognitivní trénink pro adolescenty s PAS

Ač výzkumů o využití metakognitivního tréninku pro adolescenty není mnoho, autoři Goodman et al. (2016) provedli velmi kvalitní pilotní studii, kde použili skupinovou MCT pro adolescenty ve věku 14-17 let s vysokofunkční poruchou autistického spektra (PAS). Tato studie pro nás byla inspirací, jak uchopit již existující moduly a vytvořit z nich nový modul specifický pro jinou diagnostickou kategorii. Autoři se snažili zjednodušit jazyk používaný v modulech, poskytnou více konkrétní příklady a zdůrazňovali silné stránky účastníků. Bylo nutno vzít v potaz vývojové schopnosti, zralost, pozornost, která mohla ovlivnit jejich motivaci zapojit se do MCT a učit se z materiálů a konceptu celého tréninku. Dvě skupiny adolescentů, každá po 4 účastnících, dokončily metakognitivní trénink. Zároveň měřili spokojenost a vedlejší efekty terapie.

Účastníci i jejich rodiče hodnotili metakognitivní trénink velmi příznivě, adolescenti si nejvíce užívali interaktivní aktivity, zatímco rodiče ocenili příležitost k socializaci a psychoedukaci. Systematické změny v kvantitativním měření neprokázaly žádné nežádoucí účinky (např. v sebeúctě či depresi). Autoři měřili sebepojetí a sebeúctu také dotazníkem sebepojetí pro děti a adoescenty (Piers-Harris 2) a inventářem pro měření deprese pomocí CDI-2 (Children's Depression Inventory).

Autoři měřili spokojenost s tréninkem stejnou metodou, jako v našem výzkumu, a to na škále 1-5 (5=velká spokojenost). Průměrné hodnoty spokojenosti účastníku s MCT se lišily v dotazovaných kategoriích, které uvádíme jako průměr (M).

- teorie o kognitivních rozdílech u PAS: M=3,38
- aktivity ve skupině: M=3,78
- čas strávený s ostatními: M=3,69
- účast na prezentaci pro rodiče M=3,00

Autoři se dotazovali rodičů, jak případně zlepšit tento metakognitivní trénink do budoucna. Rodiče navrhovali větší zapojení jich, rodičů, do dění ve skupině, např. pomocí letáků obsahující informace, které jejich děti získaly během skupiny. Jeden rodič řekl: „*myslím, že by mohlo být užitečné tohle dělat každý týden*“. Další rodič zdůraznil důležitost poskytnutí dalších informací rodičům s tím, že poté oni mohou posílit snažení jejich dětí.

Metodologické omezení studie je dle autorů malý vzorek, proto je nutno přistupovat s opatrností ke zobecnění informací. Také chyběla kontrolní skupina, což znemožňuje určit, zdali byla spokojenost účastníků spojena přímo s MCT nebo s běžnějšími faktory (jako třeba spojenectví terapeuta a klienta, styk s vrstevníky či vliv nových učebních materiálů). Autoři upozorňují, že sociální soudržnost a postoje k postižení/duševní poruše by v budoucnu měly být měřeny.

4.3.3 Metakognitivní trénink u dětí s ADHD

Cílem výzkumu autorky Kajka (2019) bylo ověřit, zdali dojde po třech měsících k posílení paměti pomocí metakognitivního tréninku mnemotechnickými pomůckami, jako jsou myšlenkové mapy (mind maps) a náčrty obrázků (sketchnoting) u dětí s ADHD. Odkazuje na DSM-V, kde pracovní paměť hraje klíčovou roli jak v symptomech ADHD, tak u sekundárních problémů (poruch učení, profesních či sociálních potíží). Skupiny rozdělila na tři (kontrolní, myšlenkové mapy a sketchnoting) a všem účastníkům podala „The Deferred Naming" test před a po intervenci. Pracovní paměť se zlepšila ve všech třech skupinách. Nejmenší počet chyb udělaly děti ve skupině s myšlenkovými mapami, přičemž nejvíce chyb dělaly děti v kontrolní skupině. Pravidelné používání myšlenkových map ve vzdělávání či terapii posiluje paměť, a zlepšení paměti může být podstatné při učení se psát a číst (např. při zapamatování správných tvarů písmen), při zapamatování a vybavování pravidel či lepší orientaci v čase.

Obrázek 3 a 4

Ukázka myšlenkové mapy a náčrtu (Kajka, 2019, str. 219)

Van de Weijer-Bergsma et al. (2011) zkoumali efekt skupinového tréninku všímavosti na problémové chování a fungování pozornosti. Provedli osmitýdenní trénink s dětmi s ADHD ve věku 11-15 let. Souběžně běžel trénink všímavosti pro jejich rodiče. Po celém tréninku se problémy s chováním a pozorností u adolescentů snížily, stejně to viděli i jejich otcové a mentoři (vedoucí tréninku všímavosti). Otcové (ale ne matky) vnímali snížení rodičovského stresu. Matky sledovaly snížení jejich „*přehnaně reaktivní*" výchovy, zatímco otcové u sebe pozorovali jeho nárůst. Autoři nenalezli efekt tréninku na „*všímavé uvědomění*" u adolescentů ani u rodičů.

4.3.4 Další využití metakognitivního tréninku

Limbers et al. (2021) zjistili, že metakognitivní přesvědčení hraje roli v emocionálním jezení u adolescentů. Ti, co se označili jako velcí emoční „jedlíci", měli také významně vyšší negativní metakognitivní přesvědčení.

MCT se zdá být užitečný u úzkosti a souvisejících poruch u adolescentů. Je ale třeba provést více výzkumů k vyhodnocení jednak účinnosti a jedinečnosti mechanismů změny vzhledem k dalším terapeutickým přístupům (McEvoy, 2019).

4.3.5 Závěr teoretické části

Teoretickou část uzavíráme s vědomím, že jsme dostatečně přiblížili problematiku dospívání a jeho specifik, popsali jsme nejčastější psychopatologie v tomto věkovém období. Následně jsme definovali úzkost a také ji popsali dle MKN-10. Neopomněli jsme typické projevy úzkosti zejména u dospívajících. Velkou pozornost jsme věnovali aktuálním výzkumům o nárůstu úzkosti a jiných symptomů během posledních dvou let, kdy jsme intenzivně zažívali důsledky epidemie COVID-19. V další části jsme se již věnovali metakognici, metakognitivní terapii, jejím teoretickým východiskům a celou kapitolu zakončili aktuálními výzkumy o využití MCT jak mezi dospělými, tak i dětmi a dospívajícími. Jsme si vědomi, že zatím nebylo provedeno velké množství výzkumů ohledně efektivity MCT u dospívajících, a už vůbec ne v České republice.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkumný problém je nutno rozdělit na dvě části. V první části výzkumného problému máme za cíl přeložit a upravit stávající metakognitivní tréninky do úplně nového tréninkového programu. Jeho název je „*Metakognitivní trénink pro adolescenty s úzkostí*“. Čerpáme pouze z oficiálních stránek metakognitivního tréninku, kde jsme vycházeli z již existujícího tréninku pro depresi a hraniční poruchu osobnosti, a z odborné zahraniční literatury, kde jsou jednotlivé programy pro konkrétní duševní poruchy dostupné. Bohužel doposud neexistuje žádný takto vytvořený program konkrétně pro úzkostnou symptomatiku (ať už panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu či sociální fobii), a už vůbec ne v českém jazyce pro dospívající.

Důvodem, proč jsme si dovolili syntetizovat stávající dva existující tréninky do nového, je fakt, že v obou jsou techniky zvládání úzkosti obsažené. Několik modulů našeho tréninku je zaměřeno i na relaxaci a opakování získaných dovedností, stále ale pracujeme s metakognicemi. Výsledek první části výzkumu je kompletní trénink, který obsahuje prezentace, pracovní listy a online evaluační dotazníky. Tento trénink tvoříme v souladu s původními doporučeními autorů (co se týká frekvence, vedení, měření a evaluace).

Druhá část výzkumu se týká empirického ověření účinnosti takto vytvořeného tréninkového programu. Tréninků je celkem 8 a probíhají 1x týdně. Zvolili jsme kvantitativní design výzkumu, kdy výzkumnou metodou je kvaziexperiment. Pro sběr dat využíváme online dotazníky jak před zahájením skupinového metakognitivního tréninku, tak i po ukončení. Nejen že chceme zjistit, zda má tento trénink vůbec efekt oproti kontrolní skupině, ale zda je vhodné ho využívat v této podobě.

Výzkumným problémem je tedy vytvoření metakognitivního tréninku pro adolescenty s úzkostí a následné ověření, zdali došlo ke zlepšení úzkostné symptomatiky u účastníků ve skupinovém tréninku, v porovnání s kontrolní skupinou.

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V našem výzkumu vytváříme metakognitivní trénink a v rámci pilotního projektu ověřujeme, zdali má vliv na míru úzkosti u účastníků. Účastníkům měříme počáteční stav úzkosti a dalších proměnných. Následně se zúčastní 8týdenního metakognitivního tréninku a poté opět změříme konečný stav stejných faktorů. Jedná se pretest a posttest v rámci kvantitativní metody výzkumu, s využitím kvazixperimentu. U experimentu je typické, že „*výzkumník aktivně a úmyslně přivodí určitou změnu situace, okolností nebo zkušenosti sledovaných jedinců a pak sleduje změnu jedinců*“ (Hendl, 2005, str. 46). Kvaziexperiment není založený na náhodném výběru oproti experimentu, kde se počítá s náhodným výběrem „subjektů“ do experimentální a kontrolní skupiny. V tomto případě přiřazujeme účastníky do jednotlivých skupin uměle, nenáhodně, na základě kritérií a ochotě (schopnosti) účastnit se terapeutických skupin. Měření před a po intervenci provádíme jak u experimentální, tak u kontrolní skupiny, kerými jsou účastníci individuální psychoterapie ve stejném časovém období, bez metakognitivního tréninku. Jedná se o malý vzorek, kde sledujeme, zda vůbec došlo ke změnám v míře úzkosti po absolvování metakognitivního tréninku.

V rámci kvaziexperimentu záměrně zavedeme změnu (nezávisle proměnná – MCT techniky) a následně měříme změny (závisle proměnná – stav úzkosti a dalších faktorů). Dle Chrásky (2016) můžeme pojmenovat naši metodu jako techniku paralelních skupin. Skupiny jsou srovnávány samy se sebou a mezi sebou před intervencí a po intervenci u experimentální skupiny, a ve stejném časovém úseku u kontrolní skupiny. Je potřeba zmínit nekontrolovatelné faktory, které mohou ovlivnit výsledky měření. Dále jsou přítomny vnější vlivy, které nepodléhají naší kontrole (změny v rodinném prostředí, vztahů, školy či samotné duševní nemoci).

Z hlediska malého vzorku do nezávislých proměnných nezařazujeme věk ani pohlaví, jelikož se jedná o velmi homogenní vzorek. Do závislých proměnných patří míra depresivity, tendence k sebepoškozování, sebepojetí, aktuální prožívání úzkosti a potíže se školní docházkou.

Manipulujeme s nezávisle proměnnými X (přítomnost metakognitivní terapie) a měříme zvolené závislé proměnné Y (úzkost, sebepojetí a další faktory). U experimentu je důležité mít k dispozici kontrolní skupinu, která nepodléhá expozici MCT. Výhodami experimentu je možnost testovat hypotézy a poměrně přesné měření (Hendl, 2005).

Všichni účastníci vyhledali naši službu spolu s jejich rodiči. Všichni souhlasili s účastí ve výzkumu jak slovně (formulář naleznete v Příloze 1), tak v online dotazníku. V rámci experimentální skupiny někteří docházeli jak na skupinovou, tak individuální psychoterapii k jinému terapeutovi. U kontrolní skupiny jsme měřili změnu úzkosti a sebepojetí (viz limity studie – rozpad kontrolní psychoterapeutické skupiny) a souhlas jsme získali pouze v online dotazníku, již ne v papírové formě. U obou skupin jsme měřili stav v počátečním bodě a poté po 8 týdnech.

6.1 Metody sběru dat

Před zahájením MCT skupiny účastníci a jejich rodiče vyplnili dotazník, který jim byl zaslán e-mailem. Obsahoval otázky na obecné demografické údaje, otázky ohledně změny stavu za poslední rok o zkušenostech s online výukou. V další části byly uvedeny otázky ohledně motivace k účasti v terapeutických skupinách. Následně měli zhodnotit stav úzkosti, deprese a sebepoškozování na škále 1-5. Následně byl připraven dotazník na měření aktuální úzkosti STAI (Müllner et al., 1980) a dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (Obereignerů et al., 2015). Kontrolní skupina vyplňovala pouze dostazník STAI, PHCSCS-2 a obecné otázky na úzkost, depresi, sebepoškozování, závislost a chuť chodit do školy. Až na jednu účastnici, která vyplnila STAI-X1 formou tužka papír (Příloha 5), byla všechna data sbírána online pomocí Google formuláře. Rodiče účastnic z kontrolní skupiny nevyplňovali nic.

6.1.1 Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník vlastní konstrukce před a po skupinovém tréninku mapoval počáteční stav účastníků z jejich pohledu a z pohledu rodičů. Dotazník pro účastníky kromě demografických údajů zjišťoval zkušenost s online výukou, vliv posledního roku na jejich fyzické i duševní zdraví a jak se proměnil jejich vztah k rodičům.

V další části jsme zjišťovali postoj k terapeutické skupině, jejich motivaci, obavy a očekávání, a poté jsme plynule přešli k mapování aktuální úzkosti, depresivní náladě, riziku sebepoškození, potížím s docházením do školy a subjektivní závislosti na sociálních sítích. Poslední dvě části dotazníku byly standardizované metody popisované dále v textu.

Dotazník pro rodiče byl koncipován velmi podobně, od základních údajů po zkušenost s online výukou jejich dětí, ke změnám fyzického a psychického stavu rodičů i dětí. Dále jsme zjišťovali, kdo měl o terapeutickou skupinu zájem více a jaká očekávání rodiče mají. Označovali míru úzkosti, depresivní nálady, rizika sebepoškození, potíží s docházením do školy a závislosti na sociálních sítí u jejich dětí. Všichni rodiče na konci označili souhlas se zpracováním údajů do metodik, rigorózní práce a závěrečné zprávy ze skupinové terapie, konkrétně metakognitivního tréninku.

V průběhu jednotlivých setkávání účastníci nevyplňovali žádný standardizovaný dotazník, pouze plnili úkoly k příslušnému modulu v pracovních listech a následně jsme slovně hodnotili i písemně hodnotili každý modul zvlášť (Příloha 4). Po posledním setkání znovu rodiče i účastníci vyplnili podobný dotazník, který zjišťoval spokojenost s terapeutickými skupinami, přínosy, limity a subjektivní pocit. Znovu jsme jim předložili dotazníky Piers-Harris 2 a STAI.

6.1.2 Měření aktuální úzkosti (STAI)

Inventář úzkosti jako stavu a úzkostnosti jako rysu (State Trait Anxiety Inventory) ve zkratce STAI (Müllner et al., 1980) vychází od Spielbergera a kolegů, a původně vycházel z několika škál. V současné podobně existuje STAI-X1, kde se zjišťuje aktuální úzkost, a STAI-X2, která se týká úzkostnosti jako osobnostního rysu. U nás se využívá slovenská standardizovaná verze přeložená do českého jazyka. Obě varianty mají 20 položek, na které se dá odpovědět na čtyřbodové Likertově stupnici od 1 (vůbec ne) po 4 (velmi). Rozmezí možného zisku bodů je tedy 20 až 80. K vyhodnocení slouží šablona, která nám ukazuje i přítomnost reverzních položek. Dotazník tedy nelze vyhodnotit pouze součtem získaných skórů, ale je nutno pracovat s šablonou nebo vědět, které položky jsou reverzní. V našem dotazníku jsme zvolili formu STAI-X1, tedy tu, která se týká aktuální úzkosti. Sledovali jsme, zdali se po intervenci MCT sníží aktuálně prožívaná úzkost a zároveň jsme inventář předložili kontrolní skupině. Ukázku vyplněného dotazníků jednou účastnicí kontrolní skupiny, která jako jediná vyplnila STAI-X1 formou tužka papír, naleznete v Příloze 5.

Pro zachování kvality dotazníku, jsme některé položky zakryly, aby dotazník nebyl volně přístupný na internetu v použitelné verzi. Také jsme zakryli osobní údaje.

6.1.3 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2

Důvodů, proč jsme použili právě Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2), je celá řada. Jedním z nich je existence norem pro českou populaci (Obereignerů, et al., 2015). Druhou výhodou je možnost mapování několika subčástí sebepojetí dítěte a dospívajícího, tedy nejen celkového sebepojetí (TOT). Také se užívá ke zjišťování vztahu k dalším vlastnostem nebo chování (díky tomu můžeme v naší práci mít přehled o tom, jak vnímá i svůj fyzický vzhled, inteligenci, popularitu ve skupině atd.). Administrace není složitá, metoda obsahuje 60 položek s možnostmi odpovědí „Ano" nebo „Ne" a je určena pro děti a dospívající ve věku 9-18 let. Metoda je „*sebehodnotící dotazník s podtitulem Jak vnímán sám/sama sebe*" (Obereignerů et al., 2015, str. 7).

Skládá se ze skórů jednotlivých subškál, kterými jsou: Celkový skór (TOT), jež znázorňuje celkové sebepojetí respondenta. Poté ze dvou indexů, a to Indexu inkonzistentních odpovědí (INC), odhalující náhodný výběr odpovědí a Index předpojatosti (RES), ukazující tendence dítěte odpovídat ano nebo ne, bez ohledu na to, čeho se položka týká. Dále obsahuje 6 subškál hodnotící dílčí části sebepojetí. Jsou jimi Chování a přizpůsobivost (BEH), Intelektové a školní postavení (INT), Fyzický zjev (PHY), Nepodléhání úzkosti (FRE), Popularitu (POP) a Štěstí a spokojenost (HAP). S touto metodou máme velmi dobrou zkušenost, jelikož ji autorka této práce použila i v rámci své bakalářské práce (Migasová, 2019, str. 21). Ukázku vyplněného dotazníku v příloze neuvádíme, jelikož byl vyplněn téměř všemi účastníky online. Ukázku položek lze dohledat v již zmíněné bakalářské práci.

6.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkum je realizován formou kvaziexperimentu a data jsou sbírána kvantitativně pomocí dotazníku a standardizovaných metod. Zaměřujeme se i na subjektivní zkušenost účastníků s metakognitivním tréninkem. V rámci výzkumu stanovujeme jak dvě výzkumné otázky, tak dvě hypotézy. Velikost vzorku neumožňuje statistické zpracování dat, proto využijeme zejména popisnou statistiku a výpovědi účastníků v dotazníku. Opíráme se o hrubé skóry, T-skóry a průměry skupin, které prezentujeme ve výsledných grafech a komentovaných přehledech. Velkým přínosem práce je hlavně vytvoření metody pro práci s úzkostí a v rámci pilotní studie ani nebylo našim záměrem ověřovat účinnost na větším vzorku.

- VO1: Došlo v experimentální skupině k většímu snížení meřených závislých proměnných oproti kontrolní skupině?
- VO2: Lišily se výsledky měření závislých proměnných v posttestu u účastníků experimentální skupiny a u jejich rodičů?
- H1: Účastníci v experimentální skupině zaznamenají větší snížení úzkosti v dotazníku STAI-X1 v posttestu oproti kontrolní skupině.
- H2: Účastníci v experimentální skupině zaznamenají zvýšení Celkového sebepojetí (TOT) oproti kontrolní skupině.

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Sběr dat probíhal od října 2021 do ledna 2022. Vytvořili jsme pozvánku na metakognitivní trénink, kterou naleznete v Příloze 2. Z důvodu zachování anonymity je z pozvánky odstraněna adresa místa konání a telefonní číslo terapeutky. Experimentální skupina začala v listopadu 2021 a trvala do začátku ledna 2022. Před zahájením terapeutické skupiny každá účastnice doma vyplnila online dotazník, který mapoval současnou situaci a změny za poslední rok. Rodiče vyplňovali podobný dotazník, kde hodnotili míru potíží u jejich dětí.

Během trvání terapeutické intervence kontrolní skupina nevyplňovala žádné dotazníky ani se nesbírala zpětná vazba. Experimentální skupina po každém setkání vyplnila velmi krátký dotazník spokojenosti s daným modulem, pro jeho zkvalitnění a budoucí zlepšení. Jeho výsledky naleznete v Grafu 5 (Zpětná vazba) a fotografii v Příloze 7. Po posledním setkání všichni účastníci vyplnili online dotazník zpětné vazby a podobných otázek na úzkost a aktuální stav. Rodiče měli zhodnotit přínos a změny u svých dětí. Kontrolní skupinu tvořili jednotlivci z individuální psychoterapie, kteří vyplnili dotazník na začátku listopadu 2021 a na konci ledna 2022.

7.1 Výzkumný soubor

Výsledky nelze zobecnit na celou populaci adolescentů s úzkostí, jelikož se jedná o malý vzorek, kde se zkoumá, zda má trénink vůbec nějaký vliv na úzkost a jak velký oproti kontrolní skupině.

Výzkumný vzorek je sestaven záměrným výběrem z dospívajících ve věku 13-17 let, kteří prožívají neurotické potíže, konkrétně úzkostnou poruchou, sociální fobií či generalizovanou úzkostnou poruchou. V anamnéze se u nich objevují panické ataky a potíže v sociálním kontaktu. U některých se objevuje i depresivní symptomatika či sebepoškozování. Během metakognitivního tréninku jsme zjistili, že asi pět účastníků, kteří na skupiny docházeli, proklamovali genderový nesoulad, dle jejich slov ale nebyl velkým zdrojem jejich úzkosti. I proto se v teoretické části práce podrobně věnujeme tomuto tématu.

7.1.1 Kritéria pro účast ve skupině

Prvním kritériem je věk účastníků, který jsme stanovili na 13 let. Nejstarším účastníkům bylo 17 let, a to z toho důvodu, že naše služba je pouze do 18 let. Podmínkou pro účast ve skupině bylo prožívání úzkosti nezávisle na situacích (škola, poruchy příjmu potravy i panické poruchy). Vyřazeni byli potenciální účastníci, u kterých byla zjištěna vysoká míra sociální úzkosti (ať už ze sdělení rodičů či samotných účastníků), která neumožnila se zapojit ve skupině. Dva účastníci skupiny zkusili jednou a účast jim způsobila výrazný diskomfort. Ti dále pokračovali pouze v individuální psychoterapii, ale zůstali stále v experimentální skupině (nepřesunuli jsme je do kontrolní).

Celkem se tréninku zúčastnilo 9 účastníků, z toho někteří ho šli pouze zkusit či přišli pouze na nátlak rodičů. Všichni ti, kteří alespoň jednou přišli, dotazník vyplnili. Pravidelně se metakognitivního tréninku zúčastnilo pouze 7 lidí, s absencí nanejvýš čtyřikrát. Z tohoto důvodu jsme do práce zařadili kapitolu o limitech výzkumu, kde diskutujeme vzniklé problémy a otázky během výzkumu.

7.1.2 Experimentální skupina

Program byl nabídnut cílové skupině dospívajících dívek ve věku 13-17 let, které se v posledním půl roce potýkaly s úzkostí, depresí a sebepoškozováním. Setkávání probíhala od listopadu 2021 do ledna 2022. Hlavním kritériem byla přítomnost úzkosti. Před zahájením terapeutické skupiny všichni vyplnily online dotazník. Rodiče také podepisovali písemný informovaný souhlas, kde souhlasí s docházením na terapeutické skupiny, samostatný odchod, a udělili souhlas se zpracováním anonymních dat do interních metodik skupinové terapie a závěrečné vědecké práce terapeutky.

Metakognitivní trénink jsme provedli ve standardním modelu, to znamená, že se každé setkání, ve skupině o 5-7 lidech, probíral jeden modul. Celkem se jednalo o 8 modulů. Oproti klasickým modulům pro dospělé, byla jednotlivá setkání kratší a zaměřena zejména na praktická cvičení.

U adolescentních klientů úzkostí jsme předpokládali pokles koncentrace po 90minutovém modulu, jako je tomu u modulů pro dospělé, proto jsme jeho obsah zkrátili na 60 minut. Edukaci jsme zařazovali na začátek každého modulu, přidali jsme i nácviky dechu a relaxace.

Každý modul byl nastaven na 60 minut, a posledních 10 minut na konci setkání sloužilo k evaluaci a sdílení zkušeností. Setkání probíhala ve frekvenci 1x týdně po dobu 8 týdnů. Zvažovali jsme, zdali by s ohledem na časovou náročnost a věk klientů nestačila frekvence 1x14 dní, nicméně jsme se drželi tradičního pojetí MCT a zachovali jsme častější frekvenci 1x týdně. Zároveň jsme omezili množství domácích úkolů mezi sezeními, aby klienti nebyli zahlceni, jelikož všichni dochází denně do školy.

Skupinu vedla psycholožka, též autorka této práce. Současně byla ve vedlejší místnosti přítomna zdravotní sestra či druhá psycholožka, které byly připraveny poskytnou krizovou intervenci v případě akutního zhoršení psychického stavu účastnic.

Moduly jsme promítali na bílou zeď dataprojektorem, kdy účastníci seděli před ní u stolu. K dispozici měla psycholožka i „flipchart" – velké papíry na psaní. Vzhledem k tomu, že se skupiny zúčastnilo několik dívek s aktuálně prožívaným genderovým nesouladem, rozhodli jsme se, že po zbytek práce budeme používat označení „*účastníci*" jakožto množné číslo zahrnující pojem „*všichni*".

7.1.3 Kontrolní skupina

Původně měla kontrolní skupina probíhat souběžně s naší experimentální (MCT) skupinou, pod vedením jiných terapeutek. Bohužel se skupina nenaplnila, a proto jsme museli vymyslet jiný způsob, jak získat data pro kontrolní skupinu. Nakonec jsme oslovili 8 klientek našeho zařízení, aby vyplnily kratší verzi dotazníku, kde se měřily stejné faktory, jako u MCT skupiny. Po 8 týdnech jsme je znovu požádali o vyplnění. Informovaný souhlas byl zahrnutý v online dotazníku a byl zaslán na email jejich rodičům, kteří s účastí souhlasili. V kontrolní skupině jsme nesledovali výpovědi rodičů. Zajímalo nás, zdali stejných nebo podobných výsledků dosáhne i kontrolní skupina, jejíž účastnice docházely pouze na individuální terapii. Některé byly ve stavu, kdy si neuměly představit jít do skupiny jiných lidí, a jiným se nehodil čas, ve který MCT skupina probíhala. Některé pouze o skupinovou terapii neměly zájem. V rámci kontrolní skupiny neprobíhaly žádné techniky a metody z metakognitivní terapie. Kontrolní skupina měla ověřit, zdali byl pro účastníky metakognitivní trénink efektivní.

Tabulka 1: Výzkumný soubor účastníků v experimentální (MCT) skupině

Pohlaví	Věk	Ročník	Žije v domácnosti s:
Dívka	16	2. SŠ	Otec, sestra, babička
Dívka	13	8. ZŠ	Otec, sestra, babička
Dívka	16	1. SŠ	Matka, otec, více sour.
Dívka	15	1. SŠ	S jedním rodičem
Dívka	15	1. SŠ	Matka, otec, 1 sourozenec
Dívka	15	1. SŠ	Matka, otec
Obojí	15	9. ZŠ	Matka, otec, více sour.
D/Chl	17	2. SŠ	Matka, otec, více sour.
Neuvedeno	14	8. ZŠ	1 rodič a jeden sourozenec

Tabulka 2: Výzkumný soubor rodičů experimentální skupiny

Pohlaví	Věk	Pracovní úvazek	Rodinný stav
Muž	53	40 a víc hodin týdně	Svobodná/svobodný
Žena	49	40 a víc hodin týdně	Vdaná/ženatý
Muž	53	40 a víc hodin týdně	Svobodná/svobodný
Žena	42	15–19 hodin týdně	Vdaná/ženatý
Muž	47	40 a víc hodin týdně	Rozvedená/ý v současnosti svobodná/ý
Žena	49	40 a víc hodin týdně	Vdaná/ženatý
Žena	47	40 a víc hodin týdně	Vdaná/ženatý
Žena	44	35–39 hodin týdně	Vdaná, ale žijeme odděleně.

Průměrný věk účastníků před zahájením skupiny je 15 let a průměrný věk rodičů zúčastněných je 48 let. Z celého souboru nakonec zůstalo pouze 7 účastníků (průměrný věk také 15 let) a 5 rodičů (průměrný věk 47 let).

Průměrný věk dívek v kontrolní skupině je 16 let.

Tabulka 3: Výzkumný soubor účastníků v kontrolní skupině

Pohlaví	Věk	Ročník	Žije v domácnosti s:
Dívka	15	1. SŠ	Matka, 1 sourozenec
Dívka	17	2. SŠ	Matka, otec, 1 sourozenec
Dívka	16	2. SŠ	Matka, 1 sourozenec
Dívka	17	2. SŠ	Matka, otec, 1 sourozenec
Dívka	14	8. ZŠ	Matka, 1 sourozenec
Dívka	16	1. SŠ	Matka, otec
Dívka	17	2. SŠ	Matka, otec
Dívka	17	2. SŠ	Matka, otec

7.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Ochrana soukromí byla v tomto výzkumu důsledně dodržována. Účast na skupinové terapii byla dobrovolná a mohli se jí zúčastnit pouze ti, kteří měli informovaný souhlas podepsaný zákonným zástupcem. Jeho podobu naleznete v Příloze 1. Dále jsme do skupinových setkání nezvali ty klienty, kteří jsou v individuální terapii pod stejnou terapeutkou, která vede skupiny. Chtěli jsme zamezit nerovnému přístupu a riziku ztráty důvěry mezi terapeutem a účastníkem. Možnost navázat individuální psychoterapii po ukončení skupin, jsme nevyloučili. Před zahájením skupin každý účastník a rodič vyplnili dotazník, kde měli možnost vyjádřit souhlas či nesouhlas se zpracováním výsledků do metodik, závěrečné zprávy a této rigorózní práce.

Všichni účastníci i jejich rodiče se zpracováním dat a výsledků souhlasili, jak před zahájením skupin, tak souhlas znovu udělili i v dotazníku po ukončení skupin. Účastníci byli před zahájením každého setkání informovány o mlčenlivosti, pravidlech skupiny (která se tvořila na prvním setkání). Dále byla všem zdůrazněna možnost kdykoliv v průběhu skupin odejít. Pokud někdo chtěl odejít během terapeutické skupiny, byl požádán, aby počkal ve vedlejší místnosti do doby, než uplyne čas, a zároveň se mu mohl věnovat krizový intervent, který byl po dobu trvání skupin vždy přítomen na pracovišti. Tuto situaci jsme v praxi řešit nemuseli, účastníci vždy zůstávali až do konce, s výjimkou „omluvení se“ z dřívějšího odchodu z nespecifikovaného důvodu (lékař, divadlo, rodinná oslava apod.).

Dále byla zajištěna právě případná krizové pomoc, která byla dostupná při každé skupinové terapii. Ve vedlejší místnosti byl přítomen psycholog nebo jiný zdravotník s výcvikem v krizové intervenci.

Online dotazníky byly vyplněny anonymně, pomocí společného kódu, který si účastník a rodič vymysleli. Jejich obsah nebyl sdělován jiným pracovníkům našeho zařízení ani se o něm nehovořilo během skupinových setkání.

Metody práce v metakognitivním tréninku jsou v této práci popsány bez jakékoliv vazby na konkrétního účastníka. Každý účastník měl možnost odstoupit ze skupiny nebo zrušit svůj souhlas se zpracováním dat do této práce, a to i v kontrolní skupině. Nikdo však této možnosti nevyužil.

V celé výzkumné části hovoříme o účastnících v množném čísle. Jelikož jsme toto téma otevřeli na druhém společném setkání a došlo k vzájemné dohodě mezi terapeutkou a účastníky, upravili jsme i následný dotazník po skončení skupin do genderově neutrálního jazyka, ač byl předtím koncipován pouze pro dívky. Shodli jsme se také na oslovování celé skupiny, které bylo příjemné všem zúčastněným.

Dalším etickým aspektem je následný zápis obsahu terapeutického sezení do lékařské databáze SmartMedix, který slouží k vykazování zdravotnických výkonů na pojišťovnu. Ke každému klientovi jsme zapisovali obecný průběh sezení a následně krátké hodnocení jejich práce a stavu na skupině. Neuváděli jsme detaily a doslovné výpovědi účastníků.

Terapeutická skupina nebyla nijak zpoplatněna.

8 POPIS METAKOGNITIVNÍHO TRÉNINKU

Tato kapitola představuje překlad a uspořádání metakognitivního tréninku pro dospívající s úzkostí. Z důvodu autorských práv nezveřejňujeme všechny moduly a pracovní listy v jejich plné podobě ani do příloh, ale můžeme je zaslat na vyžádání přes www.uschovna.cz. Toto opatření je kvůli zamezení přístupu k terapeutickému tréninku lidem mimo humanitní či lékařské obory. Také u každého modulu odkazujeme na původní zdroje a prezentace autorů, kteří metakognitivní trénink původně vytvářeli. Většinu informací k modulům metakognitivního tréninku a zdroje, ze kterých jsme při tvorbě vycházeli, naleznete u popisu jednotlivých modulů. Všechny se nachází na stránce clinical-neuropsychology.de (2021) v sekci „*Metacognitive Training (MCT) and Individualized Metacognitive Therapy (MCT+)*“.

Některé techniky jsme do modulů přidali z naší praxe, z doporučení a zdrojů uvedených v teoretické části práce nebo jsme si je vymysleli, aby splnily účel modulu (je to u nich vždy konkrétně uvedeno).

8.1 Adaptace programů do českého jazyka

Tento program pro adolescenty s úzkostí je inspirován metakognitivním tréninkem pro hraniční poruchu osobnosti a depresi. Vyňali jsme z nich takové techniky a moduly, které jsou vhodné i pro trénink zvládání úzkosti. Nejedná se o doslovný převod a překlad konkrétního modulu, právě kvůli jiné cílové skupině a diagnóze. Všechny moduly jsou vytvářeny pro adolescenty, proto je jejich délka, obsah, jazyk i pracovní listy vhodně upravena. Obsah jsme vytvářeli i na základě odborných vědeckých článků, které popisují metakognitivní práci s úzkostí jak u dětí, adolescentů, tak u dospělých. Po každém setkání jsme vzali v úvahu zpětnou vazbu od účastnic a některé návrhy jsme implementovali hned do následujícího modulu. Proto bude v popisu modulů zmíněna jak původní podoba, tak upravené části. Co se týká překladu, nejprve jsme si vybrané moduly a techniky přeložili sami do českého jazyka.

Následně jsme oslovili rodilého mluvčího s českými kořeny, žijícího a vyučujícího angličtinu několik let v České republice, o zpětný překlad do anglického jazyka. Jednalo se pouze o vykopírovaný text, ne celé prezentace. Poté jsme společně porovnali rozdíly v původní a opravené verzi textu, a společně vytvořili finální verze modulů.

8.2 Popis jednotlivých modulů

Jak jsme již zmiňovali, vycházíme z původního metakognitivního tréninku zahraničních autorů. Všechny reference a citace jsou obsaženy jak na konci každé prezentace, tak zde v textu u jednotlivých modulů. Každé jedno setkání má velmi podobnou strukturu. Vždy se začíná připomenutím pravidel skupiny, krátkým zhodnocením úkolů, cvičnou situací, která plynule přechází do tématu modulu, následně teoreticko-praktická část a na závěru cvičení s vysvětlením pracovního listu. Na závěr setkání všichni vyplní zpětnou vazbu, kterou naleznete v Grafu 5.

8.2.1 Modul 1 – Úvodní setkání

V prvním setkání si účastníci napsali na kartičky svá jména, respektive jak chtějí být oslovováni. Následně zakroužkovali aktuální stav jejich úzkosti na škále 1-5. Poté jsme se seznamovali s pravidly skupiny a s úvodem do metakognitivního tréninku, k čemuž využíváme názorný obrázek postavičky na satelitu (Jelinek et al., 2015c), viz Obrázek 2. Po úvodu je zbytek modulu informační, respektive seznamuje účastníky se stylem přemýšlení o svém myšlení a úzkosti. Zjišťovali jsme situace, při kterých zažívají úzkost či panické ataky. Skupina velmi aktivně přispívala svými podněty a zkušenostmi, všichni účastníci byli sdílní, spolupracující a přítomní. Ač to bylo první setkání, byli k sobě velmi upřímní a respektující. Pomocí sklenice vody a písku jsme demonstrovali stav naší mysli při silné úzkosti, a čekali jsme, až písek klesne na dno, aby bylo opět možné vidět čirou klidnou vodu. Dle vzoru jsme upravili a přeložili žlutou a červenou kartičku (Moritz et al., 2021), které mají sloužit jako první pomoc při krizových stavech (Obrázek 5 a 6). Zpochybnění situace a hledání alternativního řešení obsahovala žlutá kartička, červená slouží k připomenutí si kontaktů a opěrných bodů při krizi.

Ke konci účastníci obdrželi pracovní listy, na kterých je souhrn setkání, shrnutí žluté a červené kartičky a domácí úkol. Tím bylo vytvořit si s rodiči komunikační symbol, který použijí při krizové situaci.

Cílem úkolu nebylo pouze učit se zvědomit si úzkost a učit se reagovat jiným chováním než např. sebepoškozováním, ale i podpořit komunikaci s rodiči. Na závěr účastníci vyplnili zbytek zpětné vazby, na jejíž začátku je již vyplněný aktuální stav úzkosti. Jeho podobu naleznete v Příloze 7 a výsledky v Grafu 5. Každému rodiči jsme po skupinovém setkání zaslali pracovní list e-mailem, aby mohli podpořit své děti. Některé účastnice si nepřály, aby byl rodičům zaslán „symbol“ pro rodiče z osobních důvodů. V rámci zpětné vazby si účastníci přáli zařadit aktivitu, kde by se navzájem více poznali a zjistili, kdo co má rád a co ho zajímá. Také jsme si vyjasňovali, zda bude po dobu setkání rozsvíceno nebo zhasnuto kvůli dataprojektoru.

Obrázek 5 a 6

Žlutá a červená kartička – upraveno autorkou (Moritz et al., 2021)

8.2.2 Modul 2 – Katastrofizace a ruminace

Tento celý modul včetně obrázků a cvičení vychází z Metakognitivního tréninku pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti: B-MCT Modul 2 (Moritz et al., 2013d).

Na druhé setkání přišlo pět nových účastníků a tři původní. Jeden z účastníků po prvním setkání zrušil účast z důvodu školních povinností ve stejný čas. Nastala nová situace mezi účastníky, někteří z nich se navzájem znali odjinud. Nikdo neměl potíž s přítomností toho druhého, i tak jsme znovu zdůrazňovali mlčenlivost. Znovu jsme se seznámili s metakognitivním tréninkem, pravidly skupiny a kartičkami se jménem. Mapovali jsme práci s úkoly z minulého setkání. Dva účastníci s rodiči symbol neprobrali, třetí si ho nepřál zaslat rodičům. Toto setkání se zaměřovalo na ruminaci a katastrofizaci. Oba pojmy jsme názorně vysvětlovali pomocí křečka v kolečku, který z něj nemůže vystoupit. Na příkladu jsme si rozebírali důsledky ruminace o konkrétní myšlence v návaznosti na konkrétní situaci. Tato skupina účastníků nebyla tolik spolupracující a sdílná, jako ta předchozí, proto jsme se drželi více prezentace a příkladů z ní.

V tuto chvíli měla následovat teorie o katastrofizaci, nicméně jsme mezi to zahrnuli aktivitu s nafukovacími balonky, na které účastnici napsali, co je baví, co mají rádi a jakou mají dobrou vlastnost. Nakonec dopsali i rod, ve kterým si přejí být oslovováni. Následně se balonky poslaly do prostoru a účastníci měli za úkol sebrat cizí balonek a nalézt jeho majitele. Poté jsme si o obsahu na balonku povídali a kladli důraz na pozitivní faktory, které člověka charakterizují. Tato aktivita měla posílit sebevědomí a uvědomit si pozitivní stránky každého účastníka, jelikož se mezi sebou shodli, že se často soustředí hlavně na ty negativní stránky.

Následně jsme procvičovaly konkrétní techniky pro uvědomění si nežádoucích opakujících se myšlenek, např. STOP, zatni – povol, počítej od 100 po 7, nesmyslné tělesné cvičení, schůzka s myšlenkou či poslech hudby. Účastníci si v tuto chvíli spíše kreslili před sebe na papír, dle jejich slov je to ke zmírnění úzkosti, ale zdůraznili, že přitom poslouchají a sledují prezentaci. Výsledné kresby ze všech modulů jsme vyfotili, a vložili do Přílohy 9. U katastrofizace a předvídání budoucnost navrhli jejich vlastní situace, zejména přisuzování špatné nálady ostatních za své.

Ke konci setkání jsme názorně ukázali, jak někdy pracuje naše mysl, např. při hledání nadřazeného slova pro obrázky. Všichni účastníci nazvali obrázky negativním pojmem, ač by se pro ně dal použít i pojem neutrální (přírodní katastrofa/příroda). Při zpětné vazbě se účastníkům nelíbilo oslovování od terapeutky, která dostatečně nereflektovala potřebu přítomných být oslovováno jinak než jako účastnice ženského pohlaví. Vedlo to ke společné diskuzi, kdy jsme se dohodli na oslovení „všichni“ nebo „lidi“. Jednotliví účastníci si poté připsali na své kartičky s přezdívkami svůj rod.

Dále si jeden z účastníků přál zařadit více relaxace. Tato diskuze se na konci setkání uzavřela se vzájemným pochopením a rozdali se pracovní listy. Na nich bylo opět shrnutí celého setkání, vypsány konkrétní techniky pro práci s myšlenkami a domácí úkol – napsat jednu situaci, kterou si účastníci interpretovali katastroficky a snažit se najít fakta, která svědčí proti jejich katastrofickému scénáři či najít alternativní scénář.

Obrázek 7

Ukázka z prezentace Modulu 2

8.2.3 Modul 3 – Relaxace a práce s dechem

Původně měl být třetí modul zaměřen na přisuzování (atribuci), nicméně jsme reagovali na přání účastníků a místo něj jsme zařadili modul zaměřený na relaxaci, dech a tady a teď. Tento modul nevychází z konkrétního tréninku, ale spíše z relaxačních technik z terapeutické praxe a z poznatků Wellse (2009). Všichni museli mít roušky, i přesto se jim dařilo pracovat s dechem. Na začátku jsme probírali domácí úkol, konkrétně jaké katastrofické scénáře si účastníci zaznamenali, a jak se jim dařilo vymýšlet pro a proti. Jeden z účastníků popisoval naštvání matky, které si nejprve přisuzoval jako vlastní chybu, ale poté si situaci rozebral a uvědomil si, že je matka unavená z práce a bolí jí hlava, a že to pravděpodobně nijak nesouvisí s jeho vlastní osobou.

V hlavní části modulu jsme trénovali uvolnění, zaměření se na jeden bod a pozorování, jaké smysly se zapojují. V dalším cvičení jsme trénovali soustředění pouze na svůj dech a nemyslet na nic jiného. Posléze jsme mapovali, komu se to dařilo a komu tam ihned přistála nějaká myšlenka. Snažili jsme se ji pozorovat s odstupem, jako když sledujeme rybičky, co nám plavou v akváriu. Nebo jako když režisér sleduje představení svých herců.

V návaznosti na toto cvičení jsme pomocí metafory s vlakem pozorovali naše myšlenky, které přijedou, a zase odjedou (Esbjørn et al., 2015). Účastníci nechtěli sdílet obsah jejich „vagónků“, zároveň oceňovali názornost příkladu a byli velmi pozorní. Zdůrazňovali jsme schopnost mít pod kontrolou, zda do vlaku nastoupíme nebo ho necháme odjet.

Obrázek 8

Ukázka z prezentace Modulu 3

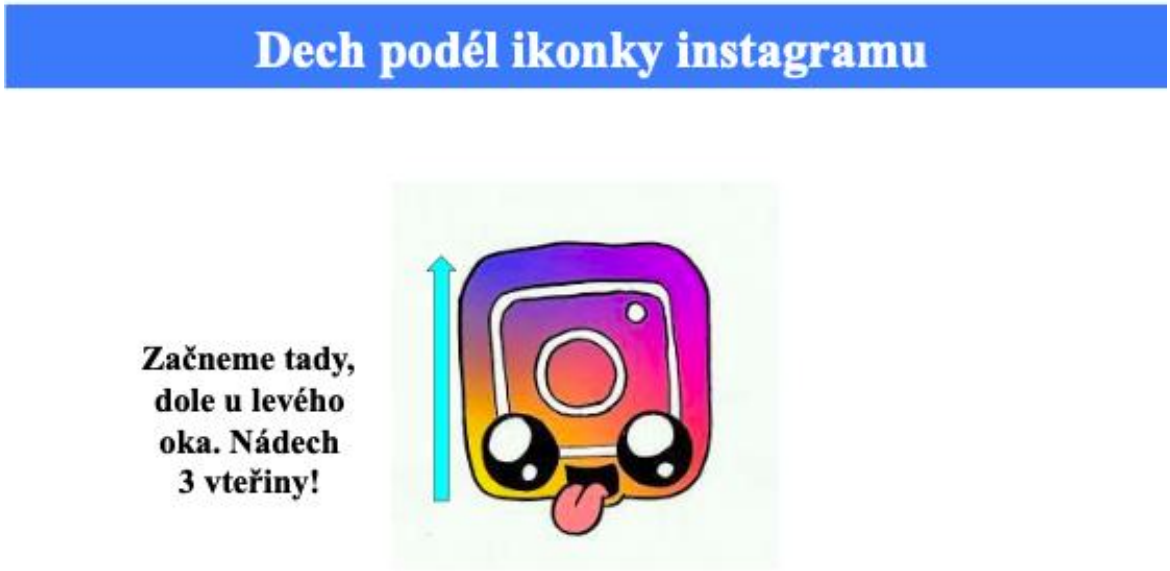
Pomocí kresby jsme znázornili vlak i vagóny, myšlenky a co se děje s vagóny, když do nich často nasedáme. Dále jsme si pojmenovávali nežádoucí způsoby, jak zmírnit úzkost, např. sebepoškození, vyhýbání se, hladovění atd., a hledali jsme alternativní způsoby, např. procházku, cvičení, aplikace zaměřené na pomoc při úzkosti, relaxaci. Účastníci popisovali, v čem jsou pro ně výhodné nežádoucí způsoby zvládání úzkosti. Důvodem je jejich účinnost a rychlost, nemusí nad tím údajně přemýšlet. Ostatní způsoby jsou prý fajn, ale nenahradí jim ty zaběhnuté a zároveň si nevěří, že by je zvládli použít nebo jim fungovali. Zde se projevil rozdíl u účastníků ve skupině, kteří měli pouze úzkosti a mezi těmi, kteří měli k úzkostem další psychopatologické projevy, např. výrazné sebepoškozování, disharmonický vývoj osobnosti emočně nestabilního typu či mentální anorexii. O tomto tématu pojednáváme dále v kapitole „Limity práce“.

Dále jsme pomocí ikony známé sociální sítě trénoval dech, respektive práci s dechem při stresu, úzkosti nebo usínání (Obrázek 9). Na závěr tohoto cvičení jsme pustili známou písničku od zpěvačky Sia, která měla ukotvit a připomenout tuto techniku.

Na konci setkání si účastnici mohli sednout na deku a relaxovat. Přečetli jsme jim krátkou Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci. Většina účastníků ji znala z pobytu v nemocnicích. Na závěr jsme představili domácí úkol, zaměřený na všímání si dobrých věcí pomocí kamínků v kapse, které si během dne dávají do druhé kapsy, pokud zažijí něco příjemného. Na konci dne si z kapsy vyndají kamínky a s každým si připomenou příjemný zážitek. Cílem je podpořit všímavost pozitivních zkušeností během dne, což by mohlo podpořit neupínání se k negativním ruminacím. Všichni opět dostali pracovní list se shrnutím setkání, relaxačními technikami a popsaný domácí úkol. V rámci zpětné vazby účastníci projevili přání, že by chtěli hrát nějakou kooperativní hru společně, nebo něco tvořit či kreslit a u toho si povídat. Ač je struktura metakognitivního tréninku daná, což jsme účastníkům objasnili, v následujícím modulu jsme se snažili přání účastníků alespoň z části vyhovět a modul jsme upravili.

Obrázek 9

Ukázka z prezentace Modulu 3



8.2.4 Modul 4 – Sociální situace a atribuce

Čtvrtý modul vychází z Metakognitivního tréninku pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti: B-MCT Modul 1 (Moritz et al., 2013a). Pracuje se opět s myšlenkami o situacích, kterým dáváme nějakou příčinu. Tento modul je zaměřen více na interakci s lidmi a je více teoretický a vyžadoval kognitivní práci.

Zároveň jsme chtěli vyhovět žádosti hru a tvoření, proto jsme na zapojili kooperační hru „zachraňte vejce“ a společnou kresbu fiktivní příšery, kterou si můžete prohlédnou v Příloze 8. Vzhledem k tomu, že přechozí modul byl relaxační a méně náročný, zařadili jsme tento modul právě do poloviny metakognitivního tréninku. Bohužel se zúčastnili pouze 3 lidi. Nejprve hodnotíme domácí úkol – kdo kdy použil jakou relaxační techniku a zda pomohla či nikoliv. Na posledním setkání účastníci souhlasili, že ač si na to nevěří, alespoň je zkusí.

Na cvičné situaci ve školní třídě zahajujeme modul o přisuzování příčin různým situacím, a jaké to má na nás dopady. Pomocí názorného příkladu s ukrajováním koláče jsme hledali další možné příčiny ke konkrétním příjemným i nepříjemným situacím, které jsme následně promítali. Navazujeme také na modul, ve kterém jsme pracovali s katastrofickým scénářem.

Pracovní list po čtvrtém setkání byl více nácvikový než ty předchozí. Předpokládáme již získanou dovednost pozorovat své myšlenky a schopnost je odklonit. Úkolem bylo napsat jednu negativní situaci, která se účastníkům během týdne stala a způsobila zklamání, úzkost nebo stres. Dále ji měli popsat a napsat, jak si situaci odůvodnili, jaké důsledky z toho vyvodili a na závěr, jak jinak by situaci mohli vysvětlit.

Obrázek 10

Ukázka z prezentace Modulu 4

8.2.5 Modul 5 – Vyvozování závěrů ze situací

Oproti předešlému modulu, který byl zaměřen na přisuzování různých příčin, je tento modul cílený spíše na důsledky. Celá prezentace vychází z Metakognitivního tréninku pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti: B-MCT Modul 7 (Moritz et al., 2013c). Součástí modulu je práce na „unáhlených závěrech“. Na konkrétních příkladech s obrázky jsme společně hádali, jakou příčinu měly uvedené situace. Pro účastníky to bylo velmi zábavné a zároveň si na tom dle jejich slov uvědomovali, jak to občas dělají ve svém životě. Modul také nebyl tak náročný a byl spíše oddechový a poměrně dobře proložený úkoly a aktivitami oproti hádání, co může být na obrázku. Cílem cvičení bylo uvědomit si nutnost zjišťovat si více informací o člověku či situaci, než si vytvoříme názor.

Obrázek 11

Ukázka z prezentace Modulu 5

Pracovní list, který účastníci dostali shrnoval, jak fungují unáhlené závěry a jaké přináší výhody a nevýhody. Jako cvičení měli účastníci zaznamenávat situace během týdne, kdy subjektivně udělali ukvapené rozhodnutí/soud/závěr. Jako pomůcku jsme napsali vzor, aby účastníci věděli, jak v úkolu postupovat. Cílem bylo také najít náhradní řešení či vysvětlení. Ve druhé polovině setkání, jsme hráli hru Activity (hra, kdy jeden člověk předvádí/kreslí/popisuje slovo na obrázku).

Tato aktivita není zahrnuta v metakognitivním tréninku. Zařadili jsme ji z několika důvodů:

- účastníci si přáli hrát společnou hru
- účastníci jsou ve skupinové terapii i proto, aby si zlepšovali sociální dovednosti a dostali pozitivní zpětnou vazbu a podporu
- jedná se o metakognitivní trénink pro adolescenty, který by dle našeho názoru měl být více hravý, názorný a zábavný. Nejen pro to, že ne všichni klienti jsou dostatečně motivovaní, ale i proto, abychom posílili jejich sebedůvěru v sociálních situacích a aby dostali korektivní zkušenost např. při „selhání“ ve skupině lidí.

Ze setkání všichni odcházeli ve velmi dobré náladě a sdíleli mezi sebou osobní zážitky ze sezení.

8.2.6 Modul 6 – Paměť a pozornost

Tento modul je inspirovaný modulem zaměřeným na depresi, jelikož u lidí s úzkostí bývají časté potíže s pozorností či pamětí, zejména při stresových situacích. Proto jsme v celé prezentaci vycházeli z Metakognitivního tréninku pro pacienty s depresí D-MCT Modul 2 (Jelinek et al., 2015a). Na konkrétní situaci, která by pro mnohé mohla představovat zdroj stresu, jsme uvedli názorný příklad, jak může být paměť při velké úzkosti zkreslena. Díky obrázkům a rozpomínání si, co na nich viděli, jsme demonstrovali omezenou kapacitu naší paměti, abychom zdůraznili, že nepamatovat si vše je běžné a lidské. Dalším tématem byly falešné vzpomínky, které jsme názorně představili také díky obrázkům, kde lidé mají tendenci domýšlet zbytek příběhu. Další část tréninku se zaměřila na soustředění a pozornost, kde jsme zahráli scénku. Tři účastníci byli herci a provedli úkol napsaný na papírku. Další tři účastníci byli pozorovatelé a měli na papírku přesně popsané, co mají sledovat. Ostatní nedostali žádné pokyny. Toto cvičení nebylo v původním modulu, ale pro názornost a aktivizaci účastníků jsme ho zahrnuli, z podobných důvodů jako v předchozím modulu Activity. Poté jsme odpovídali na otázky a zjišťovali, kdo si čeho všiml a jak bylo obtížné zaznamenat všechny události.

Poté jsme znázornili, jak bychom se asi soustředili, kdybychom byli ve velké úzkosti pomocí sklenky vody a třpytek (tuto techniku jsme použili již v prvním modulu, ale písek se neosvědčil, tak jsme využili třpytky).

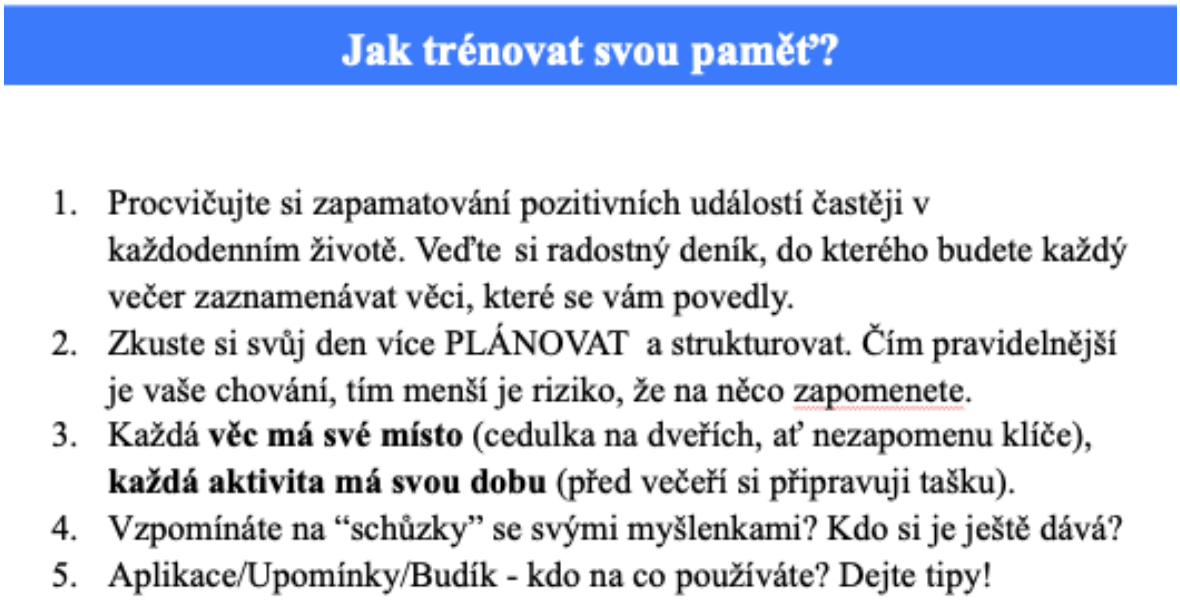
Na konci setkání jsme navrhli tip pro lepší paměť, a to zapamatování si události pomocí více smyslů – např. dostanou ve škole za úkol, aby jim rodiče podepsali papír. Vymysleli jsme, jak zapojit co nejvíce smyslů při zapamatování si této akce.

Za úkol si měli účastníci vést „radostný“ deník, kam si každý večer zaznamenají činnosti/aktivity, které se jim za den podařily nebo z nich měli radost. Navedli jsme je, jak si je zapisovat a kam ukládat, aby na to nezapomínali. Někteří účastníci navrhli další možnosti, jak toto cvičení držet v paměti. Tato technika má pomoci večer lépe usínat, jelikož předpokládáme, že když si večer opět připomenou pozitivní činnosti ze dne a zkombinují je s již naučenými technikami např. relaxace nebo odvedení pozornosti, mohla by se snížit jejich úzkost.

V pracovním listu bylo shrnutí toho, jak funguje paměť, pozornost a soustředění při úzkosti. Shrnuli jsme techniky, které pomáhají paměti a soustředění. A na druhé straně listu jsme popsali cvičení, jak se lépe soustředit např. při učení. Účastníci měli za úkol popsat konkrétně, co udělali nebo jakou techniku použili při konkrétní činnosti a zaznamenat, jak fungovala/nefungovala.

Obrázek 12

Ukázka z prezentace Modulu 6



8.2.7 Modul 7 – Sebevědomí a sebepojetí

Předposlední modul je inspirován modulem číslo 6 pro hraniční poruchy osobnosti, zaměřený na sebevědomí (Moritz et al., 2013b), jelikož lidé s úzkostí mohou mít sebevědomí také nízké, což ostatně ukazují data z pretestu v dotazníku Piers-Harris 2. Pomocí obrázku jsme popisovali viditelné vlastnosti člověka. Dále jsme pomocí práce s tělem znázorňovali depresi, radost smutek atd. Následně jsme rozebírali naše silné a slabé stránky a naše postoje k nim a ostatním lidem. Díky pomyslné knihovně (Obrázek 13) jsme hledali zdroje sebevědomí a znázorňovali kresebně vnitřního kritika. Tato technika byla vhodná i pro účastníky s anorexií, kdy jsme pomocí nakresleného panáčka psali „hodnoty panáčka“, tedy všechny možné, kromě čísla na váze. Pomocí hry „Všechno nebo nic“ jsme demonstrovali, jak funguje naše tendence „*být šťastný pouze tehdy, když splním* ...“ a uvědomovali si důsledky takového myšlení.

Na závěr jsme popisovali techniky, jak zvládnout umlčet vnitřního kritika. S nafouknutým balonkem, na němž byl text, co by vnitřní kritik mohl říkat, jsme pod vodou ukazovali, jak nepomáhá potlačovat negativní emoce. Vymýšleli jsme, jak vyfouknut balonek, tedy pomyslného kritika. Vyfoukli jsme ho s tím, že jsme zpochybnili pravdivost jeho tvrzení (propíchnutí propiskou) nebo tím, že jsme mu nevěřili a tím jsme mu nedodali potřebný vzduch, aby se mohl ještě zvětšovat (postupně se zmenšil, protože jsme balonek pouze drželi nezavázaný).

Obrázek 13

Ukázka z prezentace Modulu 7

K opakování a tréninku sloužil opět pracovní list, kde jsme shrnovali myšlenky ze setkání, zdůrazňovali zdroje sebevědomí a připomněli, jak porazit vnitřního kritika. Za úkol měli účastníci zpochybnit vnitřního kritika tím, že se na konkrétní kritiku zeptají svého okolí. To pak všichni zaznamenali do tabulky – jakých pozitivních vlastností si na nich mohou ostatní všimnout, jak ostatní reagují na tvrzení, které říká „vnitřní kritik“. Tento modul byl velmi pestrý, velmi dobře vyvážený jak teorií, tak aktivitami a vhodný byl pro adolescenty díky jeho názornosti.

8.2.8 Modul 8 – Závěrečný opakovací modul

Závěrečný modul je zaměřený na opakování (vychází ze všech již uvedených modulů), na závěrečnou zpětnou vazbu a reflexi. Ačkoliv účastníci po posledním setkání vyplní online dotazník zpětné vazby a měření úzkosti a sebepojetí, bylo podstatné si shrnout celý metakognitivní trénink přímo na skupině. V první části sezení se opakují již naučené techniky průřezově ze všech modulů. U všech jsme mapovali, jak jsou u účastníků funkční a zda se jim daří je používat v běžném životě. Kvůli pandemické situaci se posledního setkání zúčastnili pouze tři účastníci, kteří ale malý počet lidí ocenili. Opakovali jsme techniky od zastavení ruminací, přes unáhlené závěry po vnitřního kritika a paměť. Také mohl každý zmínit, co se mu líbilo a nelíbilo.

Po posledním modulu jsme zaslali pracovní list, který shrnoval všechny důležité techniky probírané v tréninku, a naleznete jej v Příloze 3.

8.3 Pracovní listy k modulům

Pracovní listy jsou součástí originálních modulů od autorů. Mají sloužit jako shrnutí modulu a zároveň podporovat účastníky v práci mezi sezeními. Trénink probíhá jednou týdně, je tedy intenzivní a zároveň se od účastníků očekává aktivní participace a přinášení zpětné vazby. Inspirovali jsme se pracovními listy od konkrétních modulů, ke kterým se vztahovali, zároveň jsme je upravovali do stručnější podoby a zjednodušovali domácí úkoly. Po každém setkání jsme pracovní list posílali také rodičům, aby své děti mohli podporovat a zároveň aby měli přehled o dění v tréninku. Ukázka pracovního listu je ze závěrečného modulu v Příloze 3.

9 PRÁCE S DATY A VÝSLEDKY

Kapitolu dělíme na popis výsledků z dotazníků před zahájením metakognitivního tréninku, tedy očekávání od skupiny jak rodičů, tak účastníků v experimentální skupině. Dále popisujeme výsledky posttestu u všech skupin. Zároveň předkládáme zpětnou vazbu z jednotlivých modulů, i celkovou zpětnou vazbu ke skupině. Využili jsme jak dotazník vlastní konstrukce, tak dva standardizované dotazníky. Dále prezentujeme naše měření v grafech a tabulkách, pod kterými současně výsledky popisujeme a shrnujeme. Jak jsme již zmínili, pracujeme se základní popisnou statistikou, jelikož se jedná o malý výzkumný vzorek.

9.1 Data z dotazníků před zahájením intervence

V této části textu uvádíme data z obou dotazníků, tedy jak pro účastníky, tak pro rodiče ještě před zahájením intervence MCT. Neuvádíme zde počáteční hodnoty kontrolní skupiny, jelikož se jí netýkaly otázky ohledně posledního roku, ale pouze dotazníku STAI a PHCSCS-2. Proto výsledky kontrolní skupiny uvádíme až v kapitole výsledky výzkumu. Před zahájením skupin vyplnilo dotazník celkem 9 účastníků a 7 rodičů, po skončení výzkumu vyplnilo dotazník 7 účastníků a 5 rodičů. V kontrolní skupině ho vyplnilo před i po 8 týdnech všech 8 účastníků

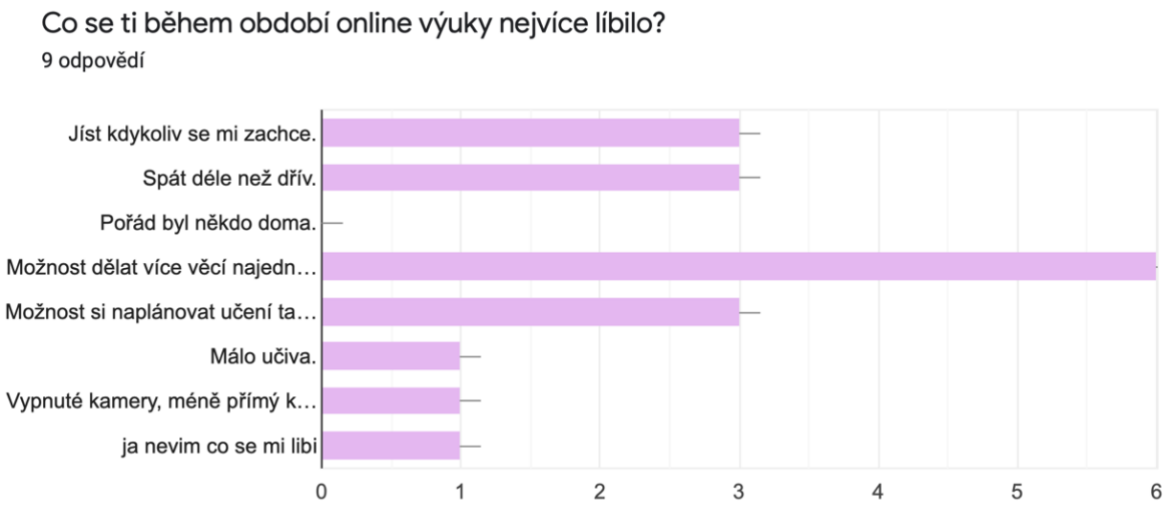
(*Pozn. autorky: jelikož dívky v kontrolní skupině docházely pravidelně na individuální terapii, bylo snadné jim vyplnění připomenout. S účastníky experimentální skupiny jsem se poté do kontaktu nedostávala*).

9.1.1 Dotazníky od účastníků před zahájením tréninku

Zkušenosti s online výukou a spokojenost

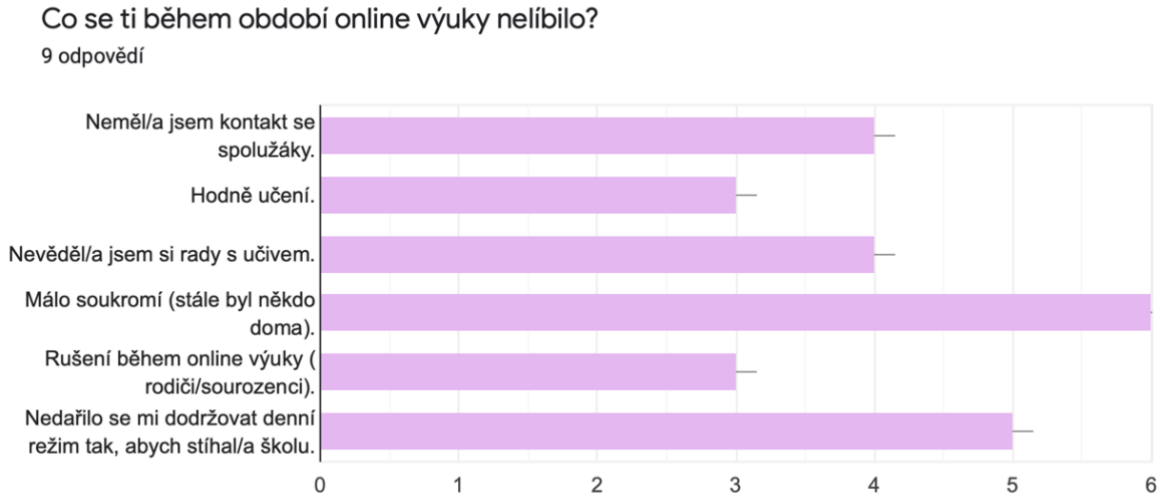
Všichni účastníci absolvovali distanční výuku, nebo alespoň většinou z ní. Třem účastníkům vyhovuje více prezenční výuka, třem účastníkům nevyhovuje ani jedna forma výuky, dvěma vyhovují obě formy stejně a jednomu účastníkovi vyhovuje více online výuka. Všichni měli pouze dobré zkušenosti při online výuce. Mapovali jsme, co konkrétně oceňovali, a naopak nevítali.

Graf 1: Co se účastníkům líbilo během online výuky



Nejčastější výhodou online výuky byla u účastníků možnost dělat více věcí najednou. Pouze některým vyhovovalo plánovat si učení podle vlastních potřeb, spát déle či jíst kdy chtějí.

Graf 2: Co se účastníkům nelíbilo během online výuky



Téměr všichni se shodli, že velkou nevýhodou byl nedostatek soukromí, jelikož rodiče často pracovali z domova a sourozenci byli také na online výuce. Objevily potíže v dodržování denního režimu a stíhání školních povinností.

Jak se změnila psychika během posledního roku?

Celkem pět účastníků uvádí, že se jim během posledního roku změnil psychický stav. U ostatních byly potíže již před období lockdownů a online výuky a jeden z účastníků zmiňuje zhoršení psychického stavu ale ne kvůli online výuce. Jeden nevnímá, že by se stav změnil. Jak konkrétně se psychika změnila uvádíme dle výpovědi v dotazníku: „*zhoršila se*“, „*jsem si se sebou nejistá“, „bojím se zapojovat a cítím se odmítnuta*“, „*sebepoškozování*“.

Jak se změnil fyzický stav během posledního roku?

Tři účastníci neuvádí změnu fyzického stavu a šest zmiňuje, že se jejich fyzický stav změnil. Konkrétně: „*přibrala a poté hodně zhubla, často mam bolesti a je mi nevolno“, „často unavená*“ nebo „*zhoršila se flexibilita a kondice, ztloustla jsem, zhoršil se mi zrak a sluch*“, „*posiluju*“, „*nahoru dolu*“.

Závislost na sociálních sítích

Nikdo z dotazovaných nesdílí na sociálních sítích své potíže s duševním zdravím. Pouze dva účastníci nesledují na sociálních sítích lidi, kteří mají duševní potíže, ostatní je sledují (např. na Instagramu, TikToku či Facebooku). Průměrně účastníci svou závislost na sociálních sítích hodnotí číslem 3 na škále 1-5 (1=žádná závislost, 5=vysoká závislost).

Vztah s rodinou

Poslední část otázek ohledně minulého roku se týkala vztahů s rodinou a trávení času s ní. Pět účastníků s rodinou trávilo stejně času jako dřív, čtyři mají pocit, že spolu trávili více času. Vztah k rodičům zůstal u čtyř z nich stejný, u dvou se zhoršil a u dvou zlepšil. Jeden účastník neví, jaký vztah měli dříve. Změny ve vztahu s rodiči popisují následovně: „*matka ukončila kontakt mezi náma*, *s tátou častější hádky a přestali jsme komunikovat, necítím se v jeho blízkosti dobře*“, „*vice se jim svěřuji s mejma pocitama i ostatnima vecmama*“, „*uvedomneni ze muj otec je odporny idiot*“.

Motivace k metakognitivnímu tréninku

Pět účastníků se zúčastnilo skupinové terapie na popud rodičů, tři měli stejný zájem jako jejich rodiče a jeden účastník chtěl více než jeho rodiče.

Očekávání od terapeutické skupiny

Očekávání od terapeutické skupiny byla různorodá, nejčastěji (4 účastníci) čekali, že uslyší příběhy ostatních a pět účastníků se těšilo, že budou s lidmi, co je chápou. Tři účastníky motivovalo uspokojení rodičů nebo si nebyli očekáváními jisti, např. „*jdu z donucení*“, „*že to máma snad konečně nechá na pokoji, když tohle aspoň zkusím*“, „*nevím, co očekávat*“.

Obavy z terapeutické skupiny

Obavy popisovali účastníci následovně: „*nemám obavy*“, „*nevím*“, „*moc lidí*“, „*nemám ráda skupiny lidí, i když s nima nemusím komunikovat*“, „*nemám ráda lidi*“, „*že budu vypadat hloupě, protože je mi docela dobře a sama bych tam nešla*“, „*že budu muset mluvit s cizími lidmi“, „že to bude k ničemu*“, „*byl jsem uz i na jine skupine prd touhle, nevadi mi proste by jako okolo nejake skupky ale nevim necitim se tam moc dobre, radsi jsi povidam s nekym osamote*“, „*ze to bude nuda*“.

V poslední části vyplňovali míru úzkosti, depresivní nálady, rizika sebepoškození a potíže s chozením do školy, dále dotazník STAI-X1 a Piers-Harris-2. Výsledky měření před a po metakognitivním tréninku uvádíme v kapitole Výsledky výzkumu.

9.1.2 Dotazníky rodičů před zahájením tréninku

Dotazník, který rodiče vyplňovali před zahájením skupin, sloužil k mapování změn v posledním roce přímo u rodičů účastníků, a zároveň pohled na aktuální stav jejich dětí, který následně porovnáváme s dotazníkem vyplněným po ukončení tréninku.

Změna psychického stavu rodiče během posledního roku

Tři rodiče účastníků uvádí, že se jim během posledního roku změnil psychický stav, konkrétně: „*chce se mi méně mezi lidi a jsem na sebe méně přísná, což je dobré*“, „*v době lockdownu jsem zlenivěla, byla jsem apatičtější, bylo mi často smutno*“, „*Větší stres“, „Pocit nejistoty.*“, „*Úzkost, stres, obavy, pocit samoty*“. Tyto výpovědi rodičů uvádíme proto, abychom poukázali i na změnu psychického stavu rodičů, nejen jejich dětí. Ostatní rodiče nemají pocit, že by se jejich psychický stav změnil, nebo neví, zda ke změnám došlo.

Změna fyzického stavu rodiče během posledního roku

Tři z rodičů zmiňují, že se jejich fyzický stav změnil. Konkrétně: „*Přibrala jsem*“ a „*zestárla jsem*“. Ostatní konkrétní změnu neuvádí.

Změny psychického a fyzického stavu jejich dětí

Dále nás zajímal pohled rodičů na změnu psychického či fyzického stavu jejich dětí. Pouze jeden z rodičů uvádí, že vše je stejné, jako dříve. Čtyři rodiče zmiňují změnu v psychickém stavu, a dva rodiče jak v psychickém, tak fyzickém stavu. Konkrétně se jedná o změny v důsledku distanční výuky a organizace času a učení: „*V době lockdownu apatická, na druhou stranu větší stres ze školy, nezvládala se soustředit na online výuku, stres z toho, že jí ve škole ujel vlak*“, „*mentální anorexie*“, „*U dcery se projevily deprese a úzkosti*“, „*Distanční výuka způsobila dceři psychické problémy, školu nezvládala po organizační stránce, chyběl jí rovněž osobní kontakt se spolužáky; kvůli nezvládání školy se objevilo sebepoškozování*“, „*hledá sama sebe, bojuje s úzkostmi a sociální fobií*“, „*Dcera byla tři měsíce hospitalizovaná na psychiatrii. Naše rodina se rozpadla*“.

Trávení společného času a změna vztahu rodičů a dětí

Čtyři rodiče tvrdí, že s dětmi trávili stejně času, jako dřív. Tři z rodičů trávilo více času se svými dětmi a jeden rodič trávil méně času než dřív. Co se týká proměny vztahu, dle šesti rodičů zůstal vztah s jejich dětmi stejný, u jednoho se změnil „*Dceři byl diagnostikován (diagnóza F), hledáme nové cesty*“, či u jednoho rodiče se vztah zlepšil „*S (jméno) se od prázdnin výrazně zlepšil, u ostatních dětí zůstal stejný*“. Pro zachování anonymity neuvádíme konkrétní diagnózu či jméno účastníka.

Závislost na sociálních sítích

Rodiče oproti jejich dětem hodnotí míru závislosti jejich dětí číslem 2 na škále 1-5, tedy velmi slabá závislost na sociálních sítích. Účastníci hodnotí subjektivně svou závislost na sociálních sítích číslem 3.

Zájem o terapeutickou skupinu

Pro tento výzkum jsme považovali za důležité zjistit, kdo stál o účast v metakognitivním tréninku, zda to byli pouze rodiče či se na tom se svými dětmi domluvili. Tři rodiče uvádí, že o to měli zájem hlavně oni, ale ne jejich děti. Čtyři rodiče se na tom s dětmi domluvili a jeden rodič uvádí, že z toho měla dcera obavy, protože je to nové.

Očekávání od terapeutické skupiny

Očekávání od terapeutické skupiny bylo zejména získání dovedností, jak zvládat některé psychické stavy díky pomoci terapeutů. Také pro ně byl významným očekáváním kontakt s ostatními účastníky s podobnými obtížemi.

Obavy z terapeutické skupiny

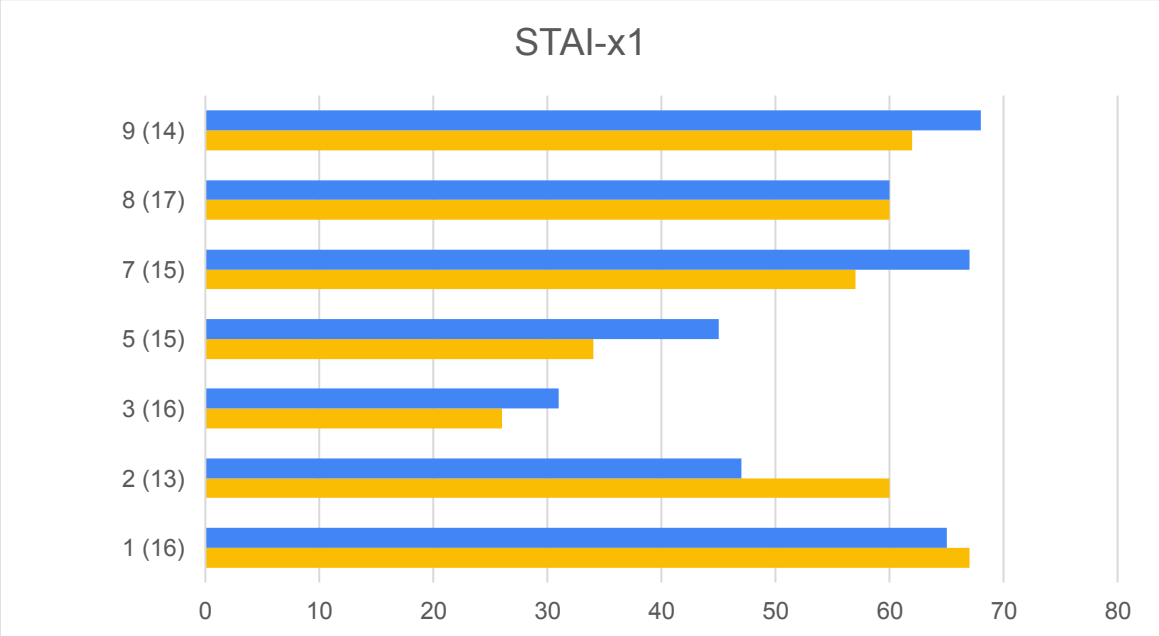
Obavy z terapeutické skupin uvedli pouze tři rodiče, a to "*Bude si muset více uvědomit, že má nějaký problém, myslím, že si to zatím nechce připustit*", „*opakování vzorců jiných dívek*", „*Že to na ní bude moc socializace*".

V poslední části rodiče také vyplňovali míru úzkosti, depresivní nálady, riziko sebepoškození a potíže s chozením do školy u jejich dětí. Výsledky těchto otázek před i po metakognitivním tréninku uvádíme najednou v následujícím textu.

9.2 Výsledky výzkumu

V této kapitole popisujeme výsledky pretestu a posttestu u experimentální a kontrolní skupiny. Zpětnou vazba a jiné slovní odpovědi, které mají kvalitativně velký význam, uvádíme v kapitole 9.3.1. Jako první znázorňujeme v Grafu 3 výsledky měření pomocí dotazníku STAI-X1 a v Grafu 4 výsledky PHCSCS-2, pouze u experimentální skupiny. V těchto grafech označujeme účastníky čísly 1-9, s tím že číslo 4 a 6 chybí z důvodu nevyplnění zpětné vazby. V závorce uvádíme i věk účastníka. Chtěli jsme, aby byla data oddělena a dobře graficky znázorněna. Následně v Tabulce 4 porovnáváme výsledy pretestu a posttestu v experimentální a kontrolní skupině. Výsledky srovnávacího měření mezi rodiči a dětmi v pretestu a posttestu u aktuální úzkosti, depresivní nálady, rizika sebepoškozování a potíží chodit do školy, prezentujeme v Tabulce 5. Veškerá data získaná před i po u všech skupin (ještě před grafickou úpravou) jsme vložili do Přílohy 6. Všechny údaje z tabulek a grafů doplňujeme o popis a komentář, aby byly výsledky dobře pochopitelné. K interpretaci dat využíváme kapitolu Diskuze a Závěr.

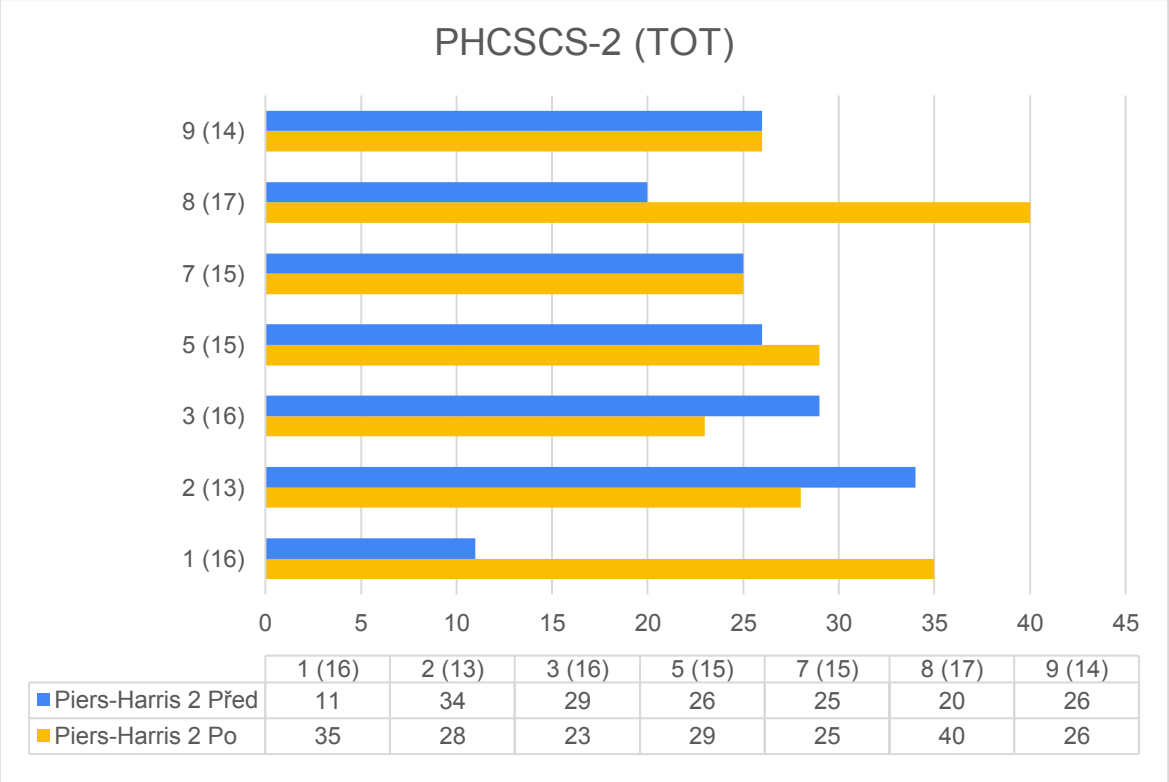
Graf 3: Pretest a posttest v měření úzkosti dle STAI-X1 v experimentální skupině



	1 (16)	2 (13)	3 (16)	5 (15)	7 (15)	8 (17)	9 (14)
STAI-x1 Před	65	47	31	45	67	60	68
STAI-x1 Po	67	60	26	34	57	60	62

U čtyř ze sedmi účastníků pozorujeme snížení žluté osy, která znázorňuje míru úzkosti po absolvování metakognitivního tréninku, oproti modré ose, která určovala počáteční stav. U jednoho zůstal stav stejný a u dvou se zhoršil.

Graf 4: Pretest a posttest v měření celkového sebepojetí (TOT) dle PHCSCS-2 v experimentální skupině



	1 (16)	2 (13)	3 (16)	5 (15)	7 (15)	8 (17)	9 (14)
Piers-Harris 2 Před	11	34	29	26	25	20	26
Piers-Harris 2 Po	35	28	23	29	25	40	26

Výsledky dotazníku sebepojetí jsou velmi individuální, u dvou účastníků zůstalo sebepojetí stejné, u třech se zvýšilo a u dvou snížilo. Tuto skutečnost diskutujeme v závěru práce, proto je zatím třeba brát výsledky s rezervou.

9.2.1 Výsledky pretestu a posttestu v experimentální a kontrolní skupině

Výsledná Tabulka 4 představuje nejdůležitější poznatky z celého výzkumu, protože porovnává pretest a posttest jak u experimentální, tak kontrolní skupiny a mezi sebou. Nízké hodnoty ukazují na nízkou míru úzkosti.

Tabulka 4: Porovnání výsledků pretestu a posttestu v experimentální a kontrolní skupině

	Experimentální skupina		Kontrolní skupina		Rozdíl průměru	Rozdíl průměru	Koeficient
	Průměr před	Průměr po	Průměr před	Průměr po	skupin před	skupin po	rozdílu
STAI-x1	54,71	52,29	61,75	60,00	7,04	7,71	-0,67
PHCSCS-2	24,43	29,43	36,63	39,00	12,20	9,57	2,63
Úzkost	3,00	2,86	3,88	2,88	0,88	0,02	0,86
Deprese	2,43	2,71	3,38	2,75	0,95	0,04	0,91
Sebepoškozování	3,00	3,14	2,88	2,63	-0,12	-0,51	0,39
Školní docházka	2,86	3,43	3,38	3,25	0,52	-0,18	0,70

STAI-X1

U první závislé proměnné – míry úzkosti, sledujeme velký rozdíl již v počátečních hodnotách, kdy v kontrolní skupině dosahovali účastníci o 7,04 bodů více než v experimentální skupině. Je to jeden z faktorů, proč se většina z nich neúčastnila skupinové terapie. Experimentální skupina vykazuje snížení úzkosti o 2,42 bodů, kdežto kontrolní skupina o 1,75 bodů. Z toho vyplývá koeficient rozdílu 0,67 (v absolutní hodnotě), který ukazuje na významnější zlepšení experimentální skupiny oproti kontrolní i přesto, že „začínali“ na nižší hodnotě.

PHCSCS-2

Výsledky dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS-2 uvádíme v T-skórech. Čím vyšší hodnota, tím vyšší sebepojetí můžeme u jedince očekávat. V experimentální skupině se zvýšilo Celkové sebepojetí (TOT) přesně o 5 bodů, kdežto v kontrolní skupině o 2,37 bodů. Opět můžeme sledovat velký rozdíl již před začátkem intervence, tentokrát měla ale experimentální skupina nižší sebepojetí celkově o 12,2 bodů oproti kontrolní skupině. Po metakognitivním tréninku se tedy rozdíl experimentální skupiny vyrovnal o 2,63 bodů blíže ke kontrolní skupině.

Subjektivní míra úzkosti

V subjektivním vnímání úzkosti na Likertově škále 1-5 se skupiny už tak významně nelišily. Zde se kontrolní skupina zlepšila o jeden celý bod, kdežto experimentální pouze o 0,14 bodu. Nutno zdůraznit, že kontrolní skupina opět začínala na vyšší hodnotě úzkosti. Výsledné vnímání úzkosti je tedy u obou skupin téměr stejné (rozdíl pouze 0,02 bodu).

Subjektivní depresivní nálada

U depresivní nálady se skupiny na počátku měření lišily o 0,88 a v posttestu pouze o 0,04. U experimentální skupiny došlo ke zhoršení vnímané deprese o 0,28 bodů a u kontrolní skupiny ke zlepšení o 0,63 bodů. Experimentální skupina se tedy zhoršila směrem ke kontrolní, která se ale mírně zlepšila.

Subjektivní tendence k sebepoškození

Po intervenci MCT vnímali účastníci vyšší tendenci k sebepoškození o 0,14 bodu. U kontrolní skupiny se zmírnila o 0,25. Byla to jedinná proměnná, ve které účastnici v experimentální skupině začínali na vyšší hodnotě než ti v kontrolní skupině. Zde došlo u obou skupin pouze k nepatrným změnám.

Potíže se školní docházkou

Poslední měřenou proměnnou byla potíž s docházením do školy. U experimentální skupiny sledujeme ztížení v dodržování školní docházky, u kontrolní skupiny mírné zlepšení.

9.2.2 Výsledky pretestu a posttestu v experimentální skupině u rodičů a dětí

V uvedených tabulkách pozorujeme počáteční a koncový stav jak u účastníků, tak u rodičů. V první řadě si všímáme rozdílného pohledu rodičů a subjektivního pohledu na svůj stav účastníků. Bohužel se nám podařilo získat zpětnou vazbu pouze od pěti rodičů ze sedmi, což může významně ovlivnit výsledky oběma směry.

Tabulka 5: Porovnání výsledků pretestu a posttestu v experimentální skupině a ve skupině jejich rodičů

	Skupina Účastníci		Skupina Rodiče		Rozdíl průměru	Rozdíl průměru	Koeficient
	Průměr před	Průměr po	Průměr před	Průměr po	skupin před	skupin po	rozdílu
Úzkost	3,00	2,86	2,60	2,60	-0,40	-0,26	-0,14
Deprese	2,43	2,71	2,20	2,20	-0,23	-0,51	0,28
Sebepoškozování	3,00	3,14	1,60	2,00	-1,40	-1,14	-0,26
Školní docházka	2,86	3,43	2,00	1,60	-0,86	-1,83	0,97

Rodiče oproti dětem nevnímali tak výrazné rozdíly před a po intervenci ve sledovaných proměnných. Dle jejich názoru se zlepšila problematika školní docházky, kdežto účastníkům se subjektivně zhoršila, zde se rozchází o 1,83 bodu. Shodují se ve zhoršení tendence k sebepoškozování. Vnímání úzkosti a depresivní nálady jejich dětí zůstalo stejné.

9.3 Zpětná vazba od účastníků po skončení MCT

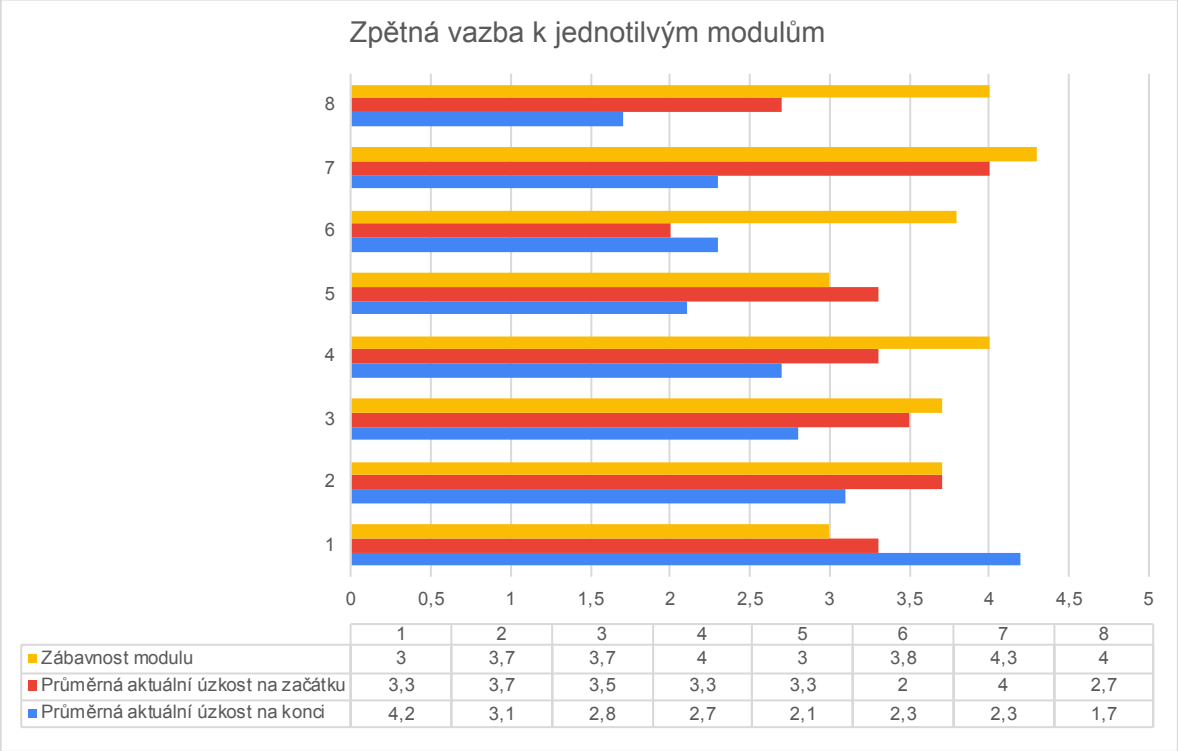
9.3.1 Zpětná vazba k jednotlivým setkání

Při každém modulu účastníci anonymně vyplňovali aktuální stav úzkosti na začátku sezení, na Likertově škále 1-5, kdy 1 znamenalo „nízká úzkost/nízká spokojenost“ a 5 znamenalo „vysoká úzkost/velká spokojenost“. Na konci sezení dopsali zbytek zpětné vazby. Ke každému modulu máme tedy aktuální zpětnou vazbu, jak slovní přímo ze sezení, tak na papíře. Fotografii všech zpětných vazeb naleznete v Příloze 7. Výsledky jsme se rozhodli zpracovat do Grafu 5, jako průměr všech odpovědí jednotlivých modulů. Nutno zdůraznit, že každého modulu se zúčastnilo jiné složení účastníků s různou závažností psychopatologie.

Někteří účastníci doslovně upozorňovali, že prožívají aktuálně vysokou úzkost, která ale není způsobena přítomností na terapeutické skupině, ale že se jedná o stav trvající delší dobu. Výrazně jsme podněcovali účastníky k poskytnutí i přání a potřeb do příštích modulů a zároveň kritiku jak modulu, tak vedení skupiny. Většinu z podnětů jsme následně implementovali do dalšího setkání a průběžně modul upravovali. Některé prosby jsme museli zamítnou, jelikož by se nejednalo o metakognitivní trénink, ale spíše o arteterapii. Tento aspekt znovu zmiňujeme v diskuzi práce.

Slovní odpovědi na to, co se účastníkům líbilo a nelíbilo, vypisujeme doslovně v tabulce, kterou naleznete v Příloze 4.

Graf 5: Zpětná vazba k jednotlivým modulům metakognitivního tréninku



	1	2	3	4	5	6	7	8
Zábavnost modulu	3	3,7	3,7	4	3	3,8	4,3	4
Průměrná aktuální úzkost na začátku	3,3	3,7	3,5	3,3	3,3	2	4	2,7
Průměrná aktuální úzkost na konci	4,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,3	2,3	1,7

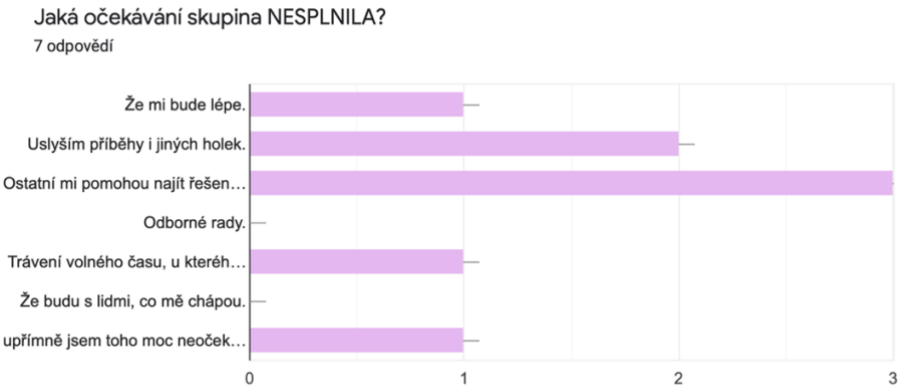
Pokud bychom moduly hodnotili pouze kvantitativně, tak nejoblíbenějším modulem je číslo 7, který se zaměřoval na sebevědomí a sebepojetí. Můžeme sledovat postupný trend zvyšování oblíbenosti modulů. Kromě prvního a šestého setkání, kdy úzkost stoupla během skupiny, se na následujících sezeních úzkost postupně snižovala. Počáteční úzkost byla u každého sezení různá, vzhledem k tomu, že účastníci docházeli v proměnlivém psychickém stavu a různém složení.

9.3.2 Zpětná vazba od účastníků skupiny

V této podkapitole uvádíme grafy přímo z Google formuláře. Je důležité opět zmínit, že účastníci chodili na skupiny nepravidelně, a ne všichni se zúčastnili všech osmi modulů.

Graf 6: Jaká očekávání skupina splnila?

Graf 7: Jaká očekávání skupina nesplnila?



Graf 8: Naplnila se nějaká obava?

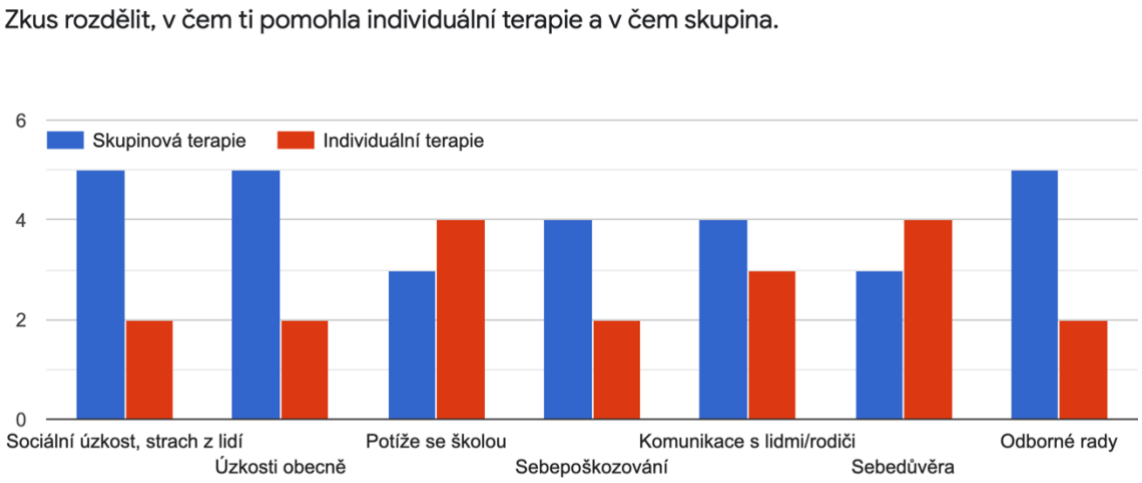
Téměr všichni účastníci se shodli na tom, že byli v prostředí, kde se cítili býti pochopeni. Očekávání, která skupina nenaplnila, byla pomoc od ostatních najít řešení jejich problémů, slyšet příběhy jiných účastníků či trávení volného času, u kterého nemusí moc přemýšlet. Na skupinách se jim přímo nelíbilo: „*Zapojování se, mluvení při větším počtu lidí*“. „*Když nás bylo méně, bylo to ok*“, „*Ze lidi chodili nepravidelne*.“

Nejvíce se naplnila obava, že to účastníkům nepomůže a že budou nuceni mluvit, i když nechtějí.

Oblasti, ve kterých účastníci subjektivně vnímají zlepšení jsou: „*sociální situace a jak pracovat s úzkostí*“, „*uz se nevidim tak tlusta,mam i jiny vlastnosti, „mama je vic v klidu*“, „*rady jak se mít víc ráda*“.

Celkově účastníci skupinu hodnotili průměrně až nadprůměrně, nejčastěji čtyřmi body z pěti, nejnižší hodnocení bylo číslo 3.
Pocit pochopení a porozumění ve skupině byl průměrně hodnocen číslem 3,7.

Graf 9: Individuální a skupinová terapie



Dále jsme se dotazovali, v čem subjektivně více pomohla individuální a v čem skupinová psychoterapie. Čtyři účastníci chodili kromě skupinové terapie i na individuální psychoterapii. Ti, kteří se účastnili pouze skupin, zaškrtávali, že jim pomohla jen skupinová terapie. Skupinová terapie pomohla více než individuální terapie v těch oblastech, které se týkají sociálního kontaktu, komunikace, odborných rad a úzkostí.

Graf 10: Spokojenost s vedením terapeutické skupiny

S vedením terapeutické skupiny byli účastníci spokojeni.

9.3.3 Zpětná vazba rodičů účastníků skupiny

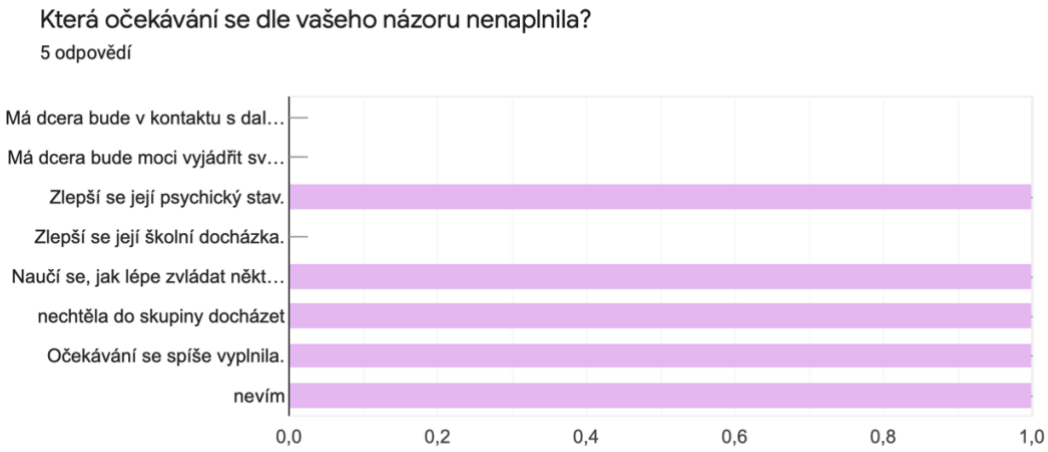
Ze sedmi rodičů, jejichž děti docházely na skupiny, vyplnilo zpětnou vazbu pouze pět z nich. Většinu odpovědí uvádíme v textu.

Graf 11: Jaká očekávání od skupiny se podle rodičů naplnily?

Naplněná očekávání od skupiny

Graf 12: Jaká očekávání od skupiny se podle rodičů nenaplnily?

Nenaplněná očekávání od skupiny



Nejvíce rodiče ocenili kontakt s dalšími dětmi, které prožívají podobné problémy. Dále vnímají lepší vyjádření emocí a pocitů jejich dětí než dřív. Lépe zvládají náročné psychické stavy právě díky terapeutkám. Mezi očekávání, která se nenaplnila, patří zklamání z toho, že dcera na skupiny nechtěla docházet nebo že jí to nepomohlo. S vedením skupin byli rodiče spokojeni průměrně 4,4 body z 5. Celkové hodnocení přínosu skupinové terapie hodnotí průměrně číslem 3,8.

V čem si rodiče myslí, že skupina pomohla jejich dětem

„*Pomohlo jí více si uvědomovat, že podobné problémy jako ona má vícero dětí“*.

„Různými aktivitami se dosáhlo toho, že se pak nesoustředily děti pouze na své problémy, ale mohly se společně o něco zajímat, bavit se.“

„*Pojmenování pocitu a možnosti o nich mluvit, hledani cest, jak se s nimi vyrovnat, částečne uvědomění si svého negativního náhledu na sebe sama…. Ikdyz ke zvládnutí povede asi ještě dlouhá cesta*.“

„*Zlepšení psychyckého stavu*“, „S*dileni*“

Co by se ve skupině mělo změnit/zlepšit?

„*Vim, ze projekt je určen pro dospívající… nicméně mne napadá pozvat dospělého člověka, který trpěl, vyléčil se či stále bojuje s depresemi nebo se dříve léčil na psychiatrickém oddělení, na jehož příběhu si "děti" možná lepe dovedou sami sebe predstavit na své životní ceste v širší perspektivě, slyšet, jak on se dokázal přenést přes své těžkosti a jak s nimi dale bojuje a chrání si svou citlivou dusi*."

„*Nebála bych zmiňovat i nějaký kontext, být v dotazech konkrétnější, chtít po dětech, aby uváděly vlastní příklady situací, se kterými potřebují pomoct*."

Poznámka autorky: Rodiče na skupinách přítomni nebyli, tudíž nemají přesné informace o jejich průběhu.

9.4 Odpovědi na hypotézy a výzkumné otázky

Jak jsme již zmiňovali, tento pilotní výzkum má pouze jednu experimentální a jednu kontrolní skupinu. Nelze proto provést pokročilejší statistickou analýzu dat a ověřovat statistickou významnost našich zjištění. Na začátku výzkumu jsme stanovili dvě výzkumné otázky (VO1 a VO2) a dvě hypotézy, které jsme ověřili. Vycházíme z kapitoly 9.2.1 Výsledky pretestu a posttestu v experimentální a kontrolní skupině, kde jsme v Tabulce 4 znázornili výsledky měření.

- **VO1: Došlo v experimentální skupině k většímu snížení meřených závislých proměnných oproti kontrolní skupině?**

  U subjektivní úzkosti se **kontrolní skupina zlepšila o 1 bod**, kdežto **experimentální se zlepšila pouze 0,14 bodů**.

  U depresivní nálady se skupiny na počátku měření lišily o 0,88 a v posttestu pouze o 0,04. U **experimentální skupiny došlo ke zhoršení vnímané deprese o 0,28 bodů** a u **kontrolní skupiny ke zlepšení o 0,63 bodů**.

  Experimentální skupina vnímala **větší tendenci k sebepoškození o 0,14 bodů**. U **kontrolní skupiny se zmírnila o 0,25**. Byla to jedinná proměnná, ve které účastnici v experimentální skupině začínali na vyšší hodnotě než ti v kontrolní skupině.

  Potíž s docházením do školy se u **experiementální** skupiny **zhoršila o 0,57 bodů**, u **kontrolní skupiny mírné zlepšení o 0,13 bodů**.

- **VO2: Lišily se výsledky měření závislých proměnných v posttestu u účastníků experimentální skupiny a u jejich rodičů?**

  Ano, lišily. Dle **názoru rodičů** se **zlepšila** problematika **školní docházky o 0,4 body**, kdežto **účastníkům s**e subjektivně **zhoršila o 0,57 bodů**. Zde se rozchází o 1,83 bodu. Shodují se ve **zhoršení tendence k sebepoškozování** (rozdíl mezi nimi je pouze 0,26 bodu). Vnímání **úzkosti a depresivní nálady** jejich dětí **zůstalo dle rodičů stejné**, kdežto u **účastníků** se **úzkost zlepšila** a **deprese zhoršila**.

- **H1: Účastníci v experimentální skupině zaznamenají větší snížení úzkosti v dotazníku STAI-X1 v posttestu oproti kontrolní skupině.**

  Experimentální skupina vykazuje snížení úzkosti o **2,42 bodů**, kdežto **kontrolní skupina 1,75 bodů** v dotazníku STAI-X1. Z toho vyplývá koeficient rozdílu 0,67 který ukazuje na významnější **zlepšení experimentální skupiny oproti kontrolní** i přesto, že v pretestu dosahovali mnohem nižších hodnot.

- **H2: Účastníci v experimentální skupině zaznamenají zvýšení Celkového sebepojetí (TOT) oproti kontrolní skupině.**

  V **experimentální skupině** se zvýšilo Celkové sebepojetí (TOT) přesně **o 5 bodů**, kdežto v **kontrolní skupině** o **2,37 bodů**. Po metakognitivním tréninku se tedy rozdíl experimentální skupiny vyrovnal o 2,63 bodů blíže ke kontrolní skupině.

9.4.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Na závěr výzkumné části práce shrnujeme zjištěné výsledky výzkumu, ze kterých následně vycházíme v kapitole Diskuze.

- Celkem pět účastníků se terapie zúčastnilo na popud rodičů, tři chtěli stejně a jeden chtěl víc než rodiče. Od skupiny očekávali nejčastěji příběhy ostatních a pobyt s lidmi, co je chápou. Někteří šli z donucení nebo chtěli mít díky tomu klid od rodičů.
- Účastníci měli četné obavy, například obavy ze skupiny lidí, strach, že budou vypadat hloupě, z hovoření s cizími lidmi nebo že to bude nuda.
- Rodiče pociťují velké změny v psychickém i fyzickém stavu jejich dětí za poslední rok. Popisují projevy apatie, stres ze školy, nesoustředění na online výuku, anorexie, deprese, úzkosti, ztráta kontaktu se spolužáky a větší pocit osamocení, sebepoškozování, sociální fobie a u jednoho účastníka to skončilo až hospitalizací.
- Co se týká hlavních výsledků výzkumu, v měření pretest-posttest experimentální skupina vykazuje snížení úzkosti o 2,42 bodů, kdežto kontrolní skupina 1,75 bodů v dotazníku STAI-X1. Z toho vyplývá koeficient rozdílu 0,67 který ukazuje na významnější zlepšení experimentální skupiny oproti kontrolní.
- V experimentální skupině se zvýšilo Celkové sebepojetí (TOT) přesně o 5 bodů, kdežto v kontrolní skupině o 2,37 bodů. Po metakognitivním tréninku se tedy rozdíl experimentální skupiny vyrovnal o 2,63 bodů blíže ke kontrolní skupině.
- U subjektivní úzkosti se kontrolní skupina zlepšila o 1 bod, kdežto experimentální se zlepšila pouze 0,14 bodů.
- U experimentální skupiny došlo ke zhoršení vnímané deprese o 0,28 bodů a u kontrolní skupiny ke zlepšení o 0,63 bodů.
- Experimentální skupina vnímala větší tendenci k sebepoškozování o 0,14 bodů. U kontrolní skupiny se zmírnila o 0,25.
- Potíž s docházením do školy se u experiementální skupiny zhoršila o 0,57 bodů, u kontrolní skupiny nastalo mírné zlepšení o 0,13 bodů.
- Podle rodičů se zlepšila problematika školní docházky o 0,4 body, kdežto účastníkům se subjektivně zhoršila o 0,57 bodů. Shodli se, že došlo ke zhoršení tendence k sebepoškozování (rozdíl mezi nimi je pouze 0,26 bodu). Vnímání úzkosti a depresivní nálady jejich dětí zůstalo dle rodičů stejné, kdežto u účastníků se úzkost zlepšila a deprese zhoršila.

- Co se týká samotných modulů, jako nejoblíbenější byl označen modul číslo 7, který nesl téma „Sebevědomí a sebepojetí“ (průměrné hodnocení 4,3 z 5). Nejméně zábavný byl první modul, u kterého účastníci dosahovali nejvyšší míry úzkosti za celý program (hodnota 4 z 5 bodů). Kromě prvního a šestého modulu, byla u účastníků úzkost na začátku setkání vždy vyšší než na konci.
- Téměř všichni účastníci se shodli na tom, že byli v prostředí, kde se cítili býti pochopeni. Očekávání, které skupina nenaplnila, byla pomoc od ostatních najít řešení jejich problémů, slyšet příběhy jiných účastníků či trávení volného času, u kterého nemusí moc přemýšlet. Na skupinách se jim přímo, že se museli zapojovat, i když třeba nechtěli, a že účastníci ocházeli nepravidelně. Nejvíce se naplnila obava, že to účastníkům nepomůže a že budou nuceni mluvit, i když nechtějí. Oblastmi, ve kterých účastníci subjektivně vnímají zlepšení, jsou sociální situace a jak pracovat s úzkostí, změna náhledu na sebe sama, uklidnění rodičů a obdržení rad. Celkově účastníci skupinu hodnotili průměrně až nadprůměrně.
- Rodiče ocenili kontakt s dalšími dětmi, které prožívají podobné problémy. Dále měli pocit, že se zlepšují ve vyjádřování emocí a pocitů více než dřív. Splnilo se očekávání, že se naučí zvládat náročné psychické stavy právě díky terapeutkám. Mezi očekávání, která se nenaplnila, patří zklamání z toho, že dcera na skupiny nechtěla docházet nebo že jí to nepomohlo. S vedením skupin byli rodiče spokojeni průměrně 4,4 body z 5. Celkové hodnocení přínosu skupinové terapie hodnotí průměrně číslem 3,8.
- Jako podněty ke zlepšení navrhli rodiče pozvat dospělého, který si prošel duševním onemocněním a vyléčil se nebo podporovat děti více ve sdílení vlastních situací a příkladů.

10 DISKUZE

Tato práce měla stanovené dva hlavní výzkumné cíle. Prvním bylo přeložit a upravit již existující moduly metakognitivního tréninku do nového modulu zaměřeného na úzkost pro adolescenty. Jak uvádí Thorslund et al. (2020), chybí vzorek se smíšenými úzkostně depresivními symptomy a výzkumy ohledně účinnosti MCT u dospívajících.

Tento cíl jsme splnili a jednotlivé moduly detailně popsali v kapitole 8. Drželi jsme se podobné struktury (Praško et al., 2007, str. 464), která se užívá při léčbě úzkostných poruch při kognitivně-behaviorální terapii. Zároveň jsme zařadili moduly, které nejsou přímo ve struktuře KBT při léčbě úzkosti, ale vnímali jsme jejich přítomnost jako opodstatněnou. Například modul pro paměť jsme ve výsledku ocenili více než jsme čekali, jelikož účastníci sami přiznávají velký problém s pozorností a pamětí, nejen při úzkostných stavech.

Na základě výsledků našeho kvaziexperimentu budeme diskutovat získaná data. Dodrželi jsme podobnou vizuální stránku prezentací, jako autoři B-MCT (Moritz et al., 2013a) a D-MCT (Jelinek et al., 2015b), zároveň jsme ale moduly zkrátili, zestručnili a připravili více interaktivní. I přesto tam bylo dle našeho názoru místy hodně textu a teorie a méně praktických cvičení či modelových situací. Vytvořili jsme také pracovní listy pro každý modul, aby si účastníci mohli oživit získané znalosti a dovednosti, a zároveň jsme se tím snažili zapojit i rodiče, kteří pracovní listy obdrželi také ihned po skončení každého modulu.

Ve druhé části výzkumu jsme již kvantitativně ověřovali účinnost takto vytvořeného programu, zároveň jsme se zajímali o kvalitativní povahu dat, která pro nás byla s ohledem na velikost vzorku cenná. Pomocí kvaziexperimentu jsme měřili počáteční stav (pretest) u experimentální i kontrolní skupiny, jako tomu bylo např. u autorů Goodman et al., (2016). Bohužel se původní kontrolní terapeutická skupina nenaplnila, a proto nebylo možné měřit data na stejné úrovni. Kontrolní skupina se tedy skládala z 8 klientek v individuální psychoterapii. Postest jsme provedli u experimentální skupiny po skončení celého programu, který trval 8 týdnů, a u kontrolní skupiny také po 8 týdnech, jako tomu bylo např. ve výzkumu Esbjørna et al. (2018).

Data byla sbírána online dotazníkem, vzhledem k časové tísni při skupinové terapii. Tento aspekt více rozebíráme v limitech práce, protože si myslíme, že to na výsledky mohlo mít velký vliv.

Z výsledků můžeme odvozovat, že ke snížení úzkosti došlo jak v experimentální, tak v kontrolní skupině. Je otázkou, zdali větší snížení úzkosti u experimentální skupiny můžeme považovat za validní, vzhledem k malému vzorku, vlivu aktuálního stavu účastníků při vyplňování dotazníků či nižší motivaci k účasti ve skupině. Papageorgious (2014) potvrzuje, že MCT oproti KBT může pacienta povzbudit k rozvoji alternativního a více adaptivního chováním směrem ke konkrétním spouštěčům.

Co se týká Celkového sebepojetí (TOT), opět jsme zaznamenali větší nárůst hodnot u experimentální skupiny oproti kontrolní, pouze nevýznamně. U výsledků subjektivní úzkosti je opět větší pokles u experimentální skupiny. Rozporuplné výsledky jsme dostali v rámci měření aktuální, deprese, tendence k sebepoškozování a školní docházky.

Když jsme porovnali výsledky rodičů a dětí, rodiče byli více konstantní ve vnímání proměnných u svých dětí, ale zaznamenali také nárůst tendence k sebepoškození. Zároveň měli dojem, že došlo ke zlepšení ve školní docházce, za to účastníci měli opačná názor.

Po absolvování MCT se tendence k sebepoškozování zvýšila u experimentální skupiny, kdežto u kontrolní došlo ke snížení. Stejně tak tomu bylo i v problematice školní docházky. Jedním z vysvětlení může být vliv skupiny, jako to zmiňují Zucker et al., (2017) ve výzkumu ohledně genderového nesouladu (u kterého se sebepoškozování také často vyskytuje). Rose et al., (2007) také popisuje jev zvaný „ko-ruminace“, tedy posilování se v negativních vzorcích myšlení a chování mezi vrstevníky. V kontrolní skupině se během individuální terapie pracovalo intenzivně na konkrétních tématech daného klienta, proto mohou být výsledky zkresleny také tímto aspektem. Jak jsme uváděli v první kapitole, v období dospívání může dojít k velkým výkyvům emocí (Silk et al., 2012; Jackson & Goossens, 2016; Uhlíková, 2018) a rozvoji úzkostných poruch (Malá, 2021; Costello et al., 2011; Lawrence et al., 2015; Thorslund et al., 2020; Munir & Takov, 2022). Poslední dva roky znamenali pro všechny velkou zátěž, dospívající nebyli vyjímkou (O’Sullivan et al., 2021; Khan et al., 2020; Jiao et al., 2020; Thakur et al., 2020; Racine et al., 2021).

Další možností, jak interpretovat tyto výsledky je proměnlivý stav u klientů naší služby, kteří k nám přicházeli s náročnou psychopatologií a výraznými symptomy duševních poruch a dá se u nich očekávat, že stav bude kolísat bez ohledu na skupinový trénink. Z tohoto důvodu nyní budeme diskutovat zejména kvalititativní povahu dat, tedy výpovědi a zpětnou vazbu samotných účastníků a jejich rodičů.

Nemáme informace z jiných výzkumů, jaký modul byl oblíbený či jak prožívají účastníci stav úzkosti na počátku a na konci setkání. Dle očekávání byla nejvyšší míra úzkosti na konci prvního setkání, jelikož téměř všichni účastníci byli nervózní, nebylo jim příjemné sedět v sociální skupině, měli obavy z toho, co je čeká. Dva z nich uvědomili, že ještě nejsou v dostatečně stabilním stavu pro účast ve skupině a raději ji opustili. Tento aspekt vnímáme jako přirozený pro tuto věkovou skupinu s úzkostnou symptomatikou (Cooper et al., 2005; Legerstee et al., 2011; Lougheed et al., 2012). Úzkost během setkávání postupně klesala. Úzkost na začátku skupin byla proměnlivá, ale jak sami účastníci zdůrazňovali, na skupinu se těšili a jejich stav byl ovlivněn vnějšími vlivy, stresem, situací v rodině nebo zhoršením psychického stavu. Postupně si během setkávání vytvořili dobrý kolektiv, kde se cítili bezpečně a těšili se na sebe. Někteří se znali z hospitalizací na psychiatrických oddělení, což vnímáme současně jako velký limit, zejména proto, že znali své osobní údaje a mohli spolu mimo skupiny komunikovat, nad čímž jsme my neměli kontrolu.

Zde bychom rádi zdůraznili vliv sociálních sítí na psychiku adolescentů (Kim et al., 2019; Kelese et al., 2019; Boursier et al., 2020). Někteří mají sami zkušenost s algoritmi např. na TikToku, který jim nabízí videa podobné těm, kterým dali dříve „like“. Bohužel někdy jim tato videa spustí negativní stav nebo připomenou zážitky ze sebepoškozování. Na základě naší zkušenosti s adolescenty je tato konfrontace se sebepoškozením (fotka, vidět čerstvé jizvy na někom, video, kde je vidět čerstvá rána) jedním ze spouštěčů bažení po sebepoškození, které je pro ně těžko ovladatelné. Poté už záleží na vnitřních zdrojích a motivaci tento stav zvládnout.

Skupina dle předpokladů splnila očekávání, že se bude sdílet prostor s lidmi, kteří mají pochopení pro jejich problémy. Také dostali odborné a konkrétní rady, což byl hlavní účel metakognitivního tréninku. U někoho se nesplnila očekávání ohledně zlepšení stavu či představa, že ostatní pomohou najít řešení. Zde bychom rádi zdůraznili velký vliv toho, jak pravidelně účastníci docházeli na skupiny. Zpětnou vazbu vyplnili téměř všichni, ale pouze čtyři účastníci byli přítomni více jak na polovině setkání. Nejnižší účast byla dvakrát, nejvyšší sedmkrát.

Naplněná obava byla nejčastěji ta, že trénink nepomůže. Opět si klademe otázku, kolik setkání tito účastníci absolvovali. Bohužel jsme do dotazníku nezařadili položku, kolikrát se daný účastník objevil na skupině. Ač jsme si dělali docházku, nemohli jsme následně přiřadit účastníky ke konkrétním dotazníkům, jelikož jsou anonymní.

Nejčastější naplněná obava byla ta, že budou účastníci vyzýváni k hovoření a sdílení během skupiny. Dle našeho názoru je mírné vystavení diskomfortu a úzkosti během setkání žádoucí, zároveň bylo vždy oceněno a podpořeno ostatními účastníky. Nikdy jsme introvertní jedince nenutili z počátku sezení a často jsme se dotazovali na jejich aktuální stav. Povaha metakognitivního tréninku ale vyžaduje aktivní přístup a spolupráci, proto je třeba buď lépe vybírat účastníky do skupiny (ty s vlastní motivací, ne donucené rodiči) a také posoudit, zdali jejich stav není kontraindikací pro účast. U jednoho účastníka jsme pozorovali mírnou kontraproduktivnost účasti na skupinách, protože byl vystavován expozici „hovořit před lidmi“, zároveň dával zpětnou vazbu, že je na skupinách rád přítomen, ale nechce se zapojovat. Toto jsou důležité aspekt splnění a nesplnění očekávání od skupiny. Oproti tomu v individuální terapii, která byla kontrolní skupinou, byli účastníci sami, pravidelně a měli možnost s terapeutem sdílet svá aktuální témata a potřeby. Proto je přístě důležité dbát na účast a docházku, a pokud se někdo dostane pod limit účasti, nebude se jeho zpětná vazba zahrnovat do statistické analýzy. V rámci slovní zpětné vazby bylo oceněno, když na skupinu přišlo méně lidí. Nejvíce lidí najednou bylo sedm, nejméně tři (viz Příloha 4, kde je u každého modulu i počet účastníků).

Velké zlepšení bylo vnímáno v konkrétní práci s úzkostí či změně náhledu na sebe sama. Očekávání rodičů byla lepší zvládání stavů a kontakt s lidmi s podobným problémem. Někteří rodiče se před skupinou obávali, že kontakt s lidmi, co se poškozují, povede k tendenci se také sebepoškozovat. Ve zpětné vazbě se tato obava nenaplnila, nicméně výsledky měření ukazují nárůst sebepoškozování u experimentální skupiny. Nelze ale tvrdit, že účast na metakognitivním tréninku měla přímý vliv na zvýšení tendence se poškozovat, jelikož zde existuje celá řada dalších proměnných, které nemáme pod kontrolou.

K diskusi jsou podněty rodičů, co na skupině zlepšit. Jeden z rodičů navrhl účast dospělého „peer“ konzultanta, aby účastníci viděli, že se i s duševní poruchou dá žít a zvládat ji. Dle našeho názoru je to velmi dobrá myšlenka, zároveň MCT očekává předání stejných informací nezávisle na terapeutovi. Zkušenosti a znalosti terapeuta mohou pomoci lépe zvládat dynamiku skupiny, více zapojit a oslovit účasntníky, ale nemají velký vliv na obsah tréninku.

V pondětu o nutnosti většího zmiňování kontextu a podněcovat děti k uvádění vlastních případů lze diskutovat pouze fakt, že nikdo z rodičů nebyl přítomen během tréninku, tudíž nemůže vědět, že je tento trénink založený právě na zkušenostech účastníků, jejich pohledu a velmi aktivně podněcuje a zapojuje všechny do dění skupiny. Zde narážíme na nízkou motivaci některých účastníků, kdy jejich jedinou motivací bylo uspokojit rodiče. V další části textu diskutujeme limity práce, které jsme oddělili od této diskuse nad výsledky.

Limity práce a podněty pro další výzkum

Na první pohled se jako limit zdá být malý vzorek účastníků. Pro statistickou analýzu dat a validní interpretaci je to nepopíratelný fakt. Nicméně se jedná se o nové téma a u nás dosud neprobádanou metodu, a tato práce slouží jako pilotní studie. Cílem bylo zejména program vytvořit a ověřit na dostupné skupině účastníků její efekt, zlepšit jednotlivé moduly a zajímat se o individuální zpětnou vazbu. Do budoucna je žádoucí upravovat moduly a replikovat studii na více skupinách, ideálně s náhodným rozdělením do experimentální a kontrolní skupiny. Doporučujeme porovnávat terapeutické skupiny, pokud je to možné.

Jsme si vědomi, že limitem je také stejné terapeutické východisko u obou skupin. Kdybychom porovnávali původně zamýšlenou podpůrnou terapeutickou skupinu více arteterapeuticky a poradensky zaměřenou, dá se očekávat, že by došlo k většímu rozdílu ve výsledcích. Jedním z limitů je malé množství standardizovaných dotazníků pro hodnocení efektivity metakognitivní terapie. Mohli jsme využít i „*Metakognitivní dotazník pro děti*“ či dotazník pro měření repetitivních myšlenek (Bacow et al., 2009). U nás disponujeme standardizovanými metodami i pro zjištění aktuálního stavu deprese (metoda pro děti CDI). Pro záchyt rizika sebevražedného jednání existuje škála od Jochena Storcka (FBS), dále metoda pro děti CASPI (Pfeffer et al., 2000). Jelinek et al., (2016) například použili SBQ (Suicidal Behaviors Questionnaire).

Důvodem je snaha o nezahlcení a nepřetížení účastníků, a také jasná definice úzkosti jako závislé proměnné, která nás zajímala nejvíce.

Dalším limitem může být fakt, že terapeutka je zaměstnaná v zařízení, kde probíhaly jak individuální, tak skupinové terapie. Neměli jsme informaci o tom, že by s tím měli účastníci či rodiče problémy nebo se to negativně projevilo v následující práci s rodinou. Jako poslední velký limit vnímáme absenci doporučeného postupu při vytváření modulů pro práci s úzkostí, respektive modul nebyl vytvořen přesně dle manuálu či již existujícího modulu, protože žádný takový pro tuto cílovou skupinu neexistuje.

Snažili jsme se tedy vycházet z metod léčby úzkostí pomocí MCT a zároveň již publikovaných studií a je velice pravděpodobné, že jinak poskládaný a vytvořený modul, by mohl přinést odlišné výstupy. Výsledky je proto potřeba vnímat jako výstupy konkrétně z této studie, a ne je příliš zobecňovat. Spíše je používat jako „odrazový můstek" pro další výzkumy a studie. Zajímavé by bylo také zapojení chlapců do výzkumu. Pokud chceme výsledky MCT považovat za platné, nesmí příště chybět zpětná vazba (znovuvyplnění dotazníků) po 3 a 6 měsících od ukončení skupiny.

Jak jsme již několikrát zmiňovali, ne všichni účastníci se zúčastnili všech sezení, někteří začali později, zároveň každý modul byl nezávislý a snažil se pracovat tak, jako by tam byli všichni poprvé. Vnímáme potřebu nastavení pevnějších hranic účasti, docházky a kritérií pro vstup do skupiny. S tím souvisí přítomnost komorbidních poruch s úzkostí, zejména mentální anorexie a disharmonický vývoj osobnosti. Každý z účastníku měl „jinou startovní čáru" přímo úměrnou délce trvání potíží a jejich závažnosti. I přesto si trénink užili a bavil je, strávili jsme společně moc příjemných 8 týdnů.

Jako předposlední limit zdůrazňujeme způsob sběru dat. Doporučujeme si na prvním setkání vyhradit hodinu navíc pro vyplnění dotazníků v rámci pretestu a o to samé požádat rodiče. Kontrolovat, aby účastníci vyplnili dotazník sami za sebe formou tužka papír, jelikož se můžeme dozvědět i nějaké další věci navíc, které často lidé dopisují k otázkám. Stejný postup zvolit i po posledním setkání. V případě neučasti na posledním setkání až poté přejít k zaslání evaluace emailem, nebo požádat o vyplnění při další návštěvě našeho zařízení. Jedním z důvodů byl fakt, že situace nebyla jistá ohledně opatření proti COVID-19 a při přípravě výzkumu jsme počítali i s variantou, že se trénink přesune do online prostředí. I to by bylo zajímavé zkoumat. Nicméně doporučujeme osobní kontakt.

Po každém modulu jsme se snažili vizuálně a více „*adolescent-friendly*" upravit obsah a zakomponovat jejich žádosti. Dalo by se tvrdit, že se obsah tvořil i během těch 8 týdnů. Pro úzkostné adolescenty by nebylo na škodu organizovat MCT v menších skupinách, maximálně 5-6 lidí.

Odpovědi a pohled účastníků mají pro nás velký význam a váhu, zejména proto, že nemáme dostatečně reprezentativní vzorek pro globalizaci zjištěných kvantitativních dat z výzkumu.

Co vnímáme jako poslední limit je to, že se někteří účastníci znali z pobytů v nemocnicích a byli spolu v kontaktu na sociálních sítích.

Zjistili jsme to až v průběhu skupin. Řešením by mohlo být zahrnout do informovaného souhlasu i doložku o mlčenlivosti a nevynášení osobních a citlivých údajů ze skupiny. Tímto si zajistíme krytí alespoň z naší strany, protože nemůžeme ovlivnit chování účastníků na sociálních sítích mimo skupinu.

Pokud se tato práce shledá s úspěchem a bude možnost dalšího výzkumu, máme v plánu metodu poskytnout autorům, kteří se podílí na vývoji a aplikaci metakognitivního tréninku. Zároveň budeme spolupracovat na vylepšení a sjednocení s jejich existujícími moduly.

Vzhledem k tomu, že má Pedagogická fakulta UK nařízenou a definovanou citační normu, na základě čl. 7 „*Úpravy textu práce*“, se lze podle bodu č. 4 odchýlit od této citační normy, pokud je „*zachována přehlednost práce a zvyk v oboru*“ (Nedělka, 2020). Vzhledem k tomu, že jsme práci psali dle norem APA 7 (Dostál & Dominik, 2021), které jsou upraveny do stylu českého jazyka, odchylujeme se od doporučené citační normy. Zároveň APA 7 je běžnou citační normou pro odborné publikace v psychologii, a zahraniční studie a články se o tuto normu často opírají. Zachovali jsme jednotnost a přehlednost v celé práci dle norem APA 7. Celou práci vpisujeme do šablony (Dostál, 2021), kterou jsme upravili dle doporučení a nařízení pro psaní rigorózní práce na Pedagogické fakultě (pedf.cuni.cz, 2022). Ač to není nutné, v citacích uvádíme i datum, kdy jsme daný zdroj získali. Důvodem je skutečnost, že například “*obsah stránek sledujících počet výskytů nějaké nákazy bude inherentně proměnlivý*“ (Dostál & Dominik, 2021, str. 100). Jsme si vědomi, že odlišná citační norma může být považována za limit práce, proto tento fakt zmiňujeme v této kapitole. V celé práci užíváme autorský plurál, ačkoliv se jedná pouze o jednu osobu, a to autorku práce.

11 ZÁVĚR

Rigorózní práce je zaměřena na vývoj a následné využití metakognitivního tréninku, který se v posledních letech ukazuje jako velmi efektivní pro léčbu duševních poruch, zejména u dospělých. Práci dělíme na teoretickou část a empirickou část. První kapitola teoretické části se zabývá popisem období dospívání, v další kapitole pojednáváme o úzkosti, definujeme projevy úzkosti u dospívajících a specifikujeme jednotlivé duševní potíže či symptomy, u kterých se úzkost vyskytuje. Ve třetí části již hovoříme o teorii metakognice, vývoji metakognitivní terapie a o výzkumech zaměřených na metakognitivní trénink u různých duševních poruch. Poslední část teorie se zabývá dostupnými výzkumy ohledně metakognitivní práce s dětmi a dospívajícími.

Empirická část práce se již věnuje výzkumnému problému, který jsme rozdělili na dvě části. V první fázi jsme vytvořili a přeložili nový metakognitivní trénink pro dospívající, kteří prožívají úzkost. Postupovali jsme dle pravidel zpětného překladu a inspirovali se již existujícími moduly, ze kterých jsme vycházeli a vybírali z nich potřebné metody a techniky. Ve druhé části jsme aplikovali tento metakognitivní trénink ve formě skupinové psychoterapie s dospívajícími, formou 8týdenního cyklu skupinových sezení, která se konala jednou týdně. Do výzkumu jsme zapojili i rodiče účastníků. Stanovili jsme si dvě výzkumné otázky a dvě hypotézy. Vzhledem k tomu, že jsme provedli kvaziexperiment v rámci kvantitativní metody sběru dat, bylo nutné vybrat účastníky i do kontrolní skupiny, kteří nepodléhali žádné intervenci metakognitivní terapie. V pretestu jsme měřili u všech skupin hlavní závislé proměnné, kterými jsou: úzkost (pomocí STAI-X1), celkové sebepojetí (PHCSCS-2), aktuální míra úzkosti, deprese, tendence k sebepoškozování a potíží se školní docházkou. U experimentální skupiny jsme se zajímali o očekávání od skupinové terapie, o zkušenosti za poslední rok a změny v jejich životě. Kontrolní skupina vyplňovala pouze dotazník STAI-X1 a PHCSCS-2 v pretestu a po 8 týdnech v posttestu. Po skončení cyklu sezení experimentální skupina opět vyplnila podobný dotazník se zpětnou vazbou.

Celkem se do metakognitivního tréninku přihlásilo 9 účastníků, kteří vyplnili dotazník před skupinami, a z toho pouze 7 rodičů poskytlo data před zahájením skupin. Dva účastníci nedokončili skupinu, proto jsme je z analýzy dat vyřadili. Dotazník po ukončení skupin vyplnilo 7 účastníků experimentální skupiny a 5 rodičů.

V kontrolní skupině jsme oslovili 8 klientů naší služby, kteří docházeli na individuální psychoterapii. Velice ochotně vyplnili dotazníky v listopadu 2021, a následně jsme je požádali o vyplnění v lednu 2022, kde jsme získali všechna data.

V experimentální skupině došlo ke snížení úzkosti o 2,42 bodů, kdežto u kontrolní skupiny pouze o 1,75 bodů v dotazníku STAI-X1. V experimentální skupině se zvýšilo Celkové sebepojetí (TOT) přesně o 5 bodů, kdežto v kontrolní skupině o 2,37 bodů. U subjektivní úzkosti se kontrolní skupina zlepšila o 1 bod, kdežto experimentální se zlepšila pouze o 0,14 bodů. U depresivní nálady se skupiny na počátku měření lišily o 0,88 a v posttestu pouze o 0,04. U experimentální skupiny došlo ke zhoršení vnímané deprese o 0,28 bodů a u kontrolní skupiny ke zlepšení o 0,63 bodů.

Experimentální skupina vnímala větší tendenci k sebepoškození o 0,14 bodů. U kontrolní skupiny se zmírnila o 0,25. Potíž s docházením do školy se u experiementální skupiny zhoršila o 0,57 bodů, u kontrolní skupiny mírné zlepšení o 0,13 bodů. Dle názoru rodičů se zlepšila problematika školní docházky o 0,4 body, kdežto účastníkům se subjektivně zhoršila o 0,57 bodů. Shodují se ve zhoršení tendence k sebepoškozování (rozdíl mezi nimi je pouze 0,26 bodů).

Jako nejoblíbenější byl označen modul číslo 7 na téma „Sebevědomí a sebepojetí“ (průměrné hodnocení 4,3 z 5). Téměr všichni účastníci se shodli na tom, že byli v prostředí, kde se cítili býti pochopeni. Nenaplněná očekávání, byla pomoc od ostatních najít řešení jejich problémů, slyšet příběhy jiných účastníků či trávení volného času, u kterého nemusí moc přemýšlet. Zlepšené jsou sociální situace a jak pracovat s úzkostí, změna náhledu na sebe sama, uklidnění rodičů a obdržení rad. Celkově účastníci skupinu hodnotili průměrně až nadprůměrně, nejčastěji čtyřmi body z pěti, nejnižší hodnocení bylo číslo 3.

Rodiče ocenili kontakt s dalšími dětmi, které prožívají podobné problémy. Dále měli pocit, že se zlepšují ve vyjádřování emocí a pocitů více než dřív. S vedením skupin byli rodiče spokojeni průměrně 4,4 body z 5. Celkové hodnocení přínosu skupinové terapie hodnotí průměrně číslem 3,8.

Výzkumný problém se nám podařilo vyřešit nad naše očekávání. Podařilo se nám vytvořit novou metodu pro práci s dospívajícími, aplikovat ji v praxi a zároveň změřit její efektivitu. Ač se výsledky nedají interpretovat na celou populaci a vztahují se pouze k tomuto výzkumu, vnímáme velký potenciál v metakognitivním tréninku a díky této pilotní studii máme výborné podmínky pro další výzkum.

LITERATURA

Andrykowski, M. A., & Kangas, M. (2010). *Posttraumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment*. In J. C. Holland, W. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), Psycho-Oncology (pp. 348–357). New York: Oxford University Press Inc.

Bacow, T. L., Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T., & Brody, L. R. (2009). The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 727–736. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.013

Bažant, J. (2013). Metakognitivní terapie (MCT). *Psychiatrie 17* (2). Získáno 3. října 2020 z https://www.researchgate.net/profile/Jan-Bazant-2/publication/288197047_Metacognitive_therapy_MCT/links/5aaf79220f7e9b4897c07ff0/Metacognitive-therapy-MCT.pdf

Borkowski, J.G., Milstead, M., & Hale, C. (1988). *Components of children's metamemory: implications for strategy generalization*. In: Weinert FE, Perlmutter M (eds) Memory development: universal changes and individual differences. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 73–100

Boursier, V., Gioia, F., & Griffiths, M. D. (2020). Do selfie-expectancies and social appearance anxiety predict adolescents' problematic social media use? *Computers in Human Behavior*, 106395.doi:10.1016/j.chb.2020.10639

Bowen, R. C. (1983). Differential diagnosis of anxiety disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *7*(4-6), 605–609.doi:10.1016/0278-5846(83)90032-5

Branje, S. (2018). Development of Parent-Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism of Change. *Child Development Perspectives*, *12*(3), 171–176. doi:10.1111/cdep.12278

Brar, P. S., Sass, L., Beck, D., & Kalarchian, M. A. (2021). Metacognitive training for schizophrenia: a scoping review and phenomenological evaluation. *Psychosis, 1–*21.doi:10.1080/17522439.2021.1918

Callinan, S., Johnson, D., & Wells, A. (2014). A randomised controlled study of the effects of the attention training technique on traumatic stress symptoms, emotional attention set shifting and flexibility. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/ s10608-014-9634-8.

Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLOS ONE*, *15*(9), e0238457. doi:10.1371/journal.pone.02384

Cassels, M., Baetens, I., Wilkinson, P., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J. R., Van Leeuwen, K., & Kiekens, G. (2018). Attachment and non-suicidal self-injury among young adolescents: The indirect role of behavioral problems. *Archives of Suicide Research*, *1–*18.doi:10.1080/13811118.2018.1494

Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2014). A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-014-9640-x.

Cooper, M., Hooper, Ch., & Thompson, M. (2005). *Child and Adolescent Mental Health*. *Theory and Practise*. Oxford University Press

Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(10), 1015–1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x

Dietrichkeit, M., Hagemann-Goebel, M., Nestoriuc, Y., Moritz, S., & Jelinek, L. (2021). Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. *Scientific Reports*, *11*(1). doi:10.1038/s41598-021-87198-8

Dostál, D. (2021). *Šablona diplomové práce*. Získáno 3. září 2021 z http://dostal.vyzkum-psychologie.cz/soubory/sablona.docx

Dostál, D., & Dominik, T. (2021). *Manuál pro psaní kvalifikačních prací*. Získáno 5. dubna 2022 z https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/studentum/Studium/Manual/2021_11_Manual.pdf

Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hoiles, K. J., Shu, C. Y., & Egan, S. J. (2018). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*. doi:10.1016/j.eatbeh.2018.12.0

Dušek. K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada

Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2010). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(2), 151–163.doi:10.1007/s10567-010-0065-0

Esbjørn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Adapting Metacognitive Therapy to Children with Generalised Anxiety Disorder: Suggestions for a Manual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *45*(3), 159–166. doi:10.1007/s10879-015-9294-3

Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *53*, 16–21. doi:10.1016/j.janxdis.2017.11.002

Esbjørn, B. H., Normann, N., Lønfeldt, N. N., Tolstrup, M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2016). Exploring the relationships between maternal and child metacognitions and child anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, *57*(3), 201–206. doi:10.1111/sjop.12286

Fitt, S., & Rees, C. (2012). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder By Videoconference: A Preliminary Study. *Behaviour Change*, *29*(4), 213-229. doi:10.1017/bec.2012.21

Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology, 50*, 21–45.

Flavell, J. H., (1971). First discussant's comments: What is memory development the development of? *Human Development*, *14*, 272-278.

Flavell, J.H. (1979) Metacognition and cognitive monitoring a new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol 34*:906–911

Flavell, J.H., Miller, P.H., & Miller, S.A. (2002) *Cognitive development, 4th edn*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, NJ

Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusion research: From the inexplicable to the treatable. *The British Journal of Psychiatry*, *203*(5), 327–333. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126953

Gee, D. G., Humphreys, K. L., Flannery J., et al. (2013). A developmental shift from positive to negative connectivity in human amygdala-prefrontal circuitry. *J Neurosci. 33*(10). 4584–4593.

Gkika, S., & Wells, A. (2014). How to deal with negative thoughts? A preliminary comparison of detached mindfulness and thought evaluation in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-014-9637-5.

Goodman, L. R., Corkum, P., & Johnson, S. A. (2016). A metacognitive training pilot study for adolescents with autism spectrum disorder: Lessons learned from the preliminary stages of intervention development. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *42*(2), 204–210.doi:10.3109/13668250.2016.1210104

Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2014). Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive–compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-014-9635-7.

Hacker, D. J. (2018): A Metacognitive Model of Writing: An Update Froma *Developmental Perspective, Educational Psychologist*. doi: 10.1080/00461520.2018.1480373

Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, *3*(4), 435–456.doi:10.1016/0272-7358(83)90023-5

Havranová, H. (2019). Aktuálně.cz. *Léčených transsexuálů přibývá. Přeměn z ženy na muže je dvakrát víc než naopak*. Získáno 15. prosince 2021 z https://zpravy.aktualne.cz/domaci/lecenych-transsexualu-v-cesku-pribyva-vice-premen-je-na-muze/r~1cc7612a20c511eab1410cc47ab5f122/

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál

Hoffart, A., Johnson, S. U., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2018). Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: The role of metacognitive beliefs and coping strategies. *Journal of Experimental Psychopathology*, *9*(3), Article 2043808718787414. https://doi.org/10.1177/2043808718787414

Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle, M., & Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *42*(02), 166–185. doi:10.1017/s1352465812001026

Chráska, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada

Jackson, S., & Goossens, L. (2016). *Handbook of Adolescent Development*. Psychology Press. Získáno 4. dubna 2021 z https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=JHd0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=development+adolescents&ots=C9iStU6XBp&sig=QIDXAKtKEl6-z0PHloHiwcH96Zk&redir_esc=y#v=onepage&q=development%20adolescents&f=false

Janík, T., Janíková, M., Najvar, P., & Najvarová, V. (2008). Pohledy na výuku fyziky na 2. stupni základní školy: souhrnné výsledky CPV videostudie fyziky. *Orbis scholae*, *2*(1), 29–52.

Jelinek, L, Hauschildt, M., Moritz, S. & Schneider, C. B. (2015a). *D-MCT_Module_2_Memory.pdf*. Získáno 25. srpna 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-english/

Jelinek, L., Hauschildt, M., Moritz, S., & Schneider, C. B. (2015b). *Metacognitive Training for Depression*. Získáno 5. září 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-english/

Jelinek, L., Hauschildt, M., Moritz, S., & Schneider, C. B. (2015c). *Picture – man on the satelite - Metacognitive Training for Depression*. Získáno 5. září 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-english/

Jelinek, L., Hauschildt, M., Wittekind, C. E., Schneider, B. C., Kriston, L., & Moritz, S. (2016). Efficacy of Metacognitive Training for Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*(4), 231–234. doi:10.1159/000443699

Kajka, N. (2019). The influence of metacognitive training on the improvement of working memory in children with ADHD. *Curr Probl Psychiatry; 20*(3): 217-227. doi: 10.2478/cpp-2019-0015

Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, *9*, 31–41. https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2019). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, *1*–15.doi:10.1080/02673843.2019.1590

Khan, K.S., Mamun, M.A., Griffiths, M.D. et al. The Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic Across Different Cohorts. *Int J Ment Health Addiction 20*, 380–386 (2022). https://doi.org/10.1007/s11469-020-00367-0

Kim, S.-G., Park, J., Kim, H.-T., Pan, Z., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2019). The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. *Annals of General Psychiatry*, *18*(1). doi:10.1186/s12991-019-0224-8

Kolbeck, K., & Schiling, L. (2018). *Metacognitive Training for Patients with Borderline Personality Disorder (B-MCT)*. Získáno 5. září 2021 z https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1016-264X/a000212?journalCode=znp. doi: 10.1024/1016-264X/a000212

Kumar, D., Menon, M., Moritz, S., & Woodward, T. S. (2014). Using the back door: Metacognitive training for psychosis. *Psychosis*, *7*(2), 166–178. doi:10.1080/17522439.2014.913073

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie, 2. aktualizované vydání*. Praha: Grada

Latinský slovník. (2021). *Cognoscere*. Získáno 20. října 2021 z http://latinsky-slovnik.latinsky.cz/cesko-latinsky/cognoscere.html

Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., deHaan, K. B., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). *The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing*. Získáno 13. října 2021 z https://www.researchgate.net/publication/280783285_The_Mental_Health_of_Children_and_Adolescents_Report_on_the_second_Australian_Child_and_Adolescent_Survey_of_Mental_Health_and_Wellbeing

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, *34*(2), 319–326.doi:10.1016/j.adolescence.20

Limbers, C.A., Greenwood, E., Shea, K. et al. (2021). Metacognitive beliefs and emotional eating in adolescents. *Eat Weight Disord 26*, 2281–2286. https://doi.org/10.1007/s40519-020-01078-0

Littman, L. (2018) Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLoS ONE 13*(8): e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330

Lokajíčková, V. (2013). Kompetence k učení a možnosti jejího rozvíjení a hodnocení: vymezení pojmu a přehled současných přístupů. *Pedagogická orientace*, *23*(3), 318–341

Lokajíčková, V. (2014). Metakognice – vymezení pojmu a jeho uchopení v kontextu výuky. *Pedagogika*, *64*, (3), s. 287–306. Získáno 10. dubna 2022 z http://userweb.pedf.cuni.cz/wp/pedagogika/

Lougheed, J. P., & Hollenstein, T. (2012). A Limited Repertoire of Emotion Regulation Strategies is Associated with Internalizing Problems in Adolescence. *Social Development, 21*(4), 704–721.doi:10.1111/j.1467-9507.2012.00663.x

Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál

Malá, K. (2021). *Vývojová psychopatologie I-IV kurz*. Získáno 10. ledna 2022 z https://www.ikpcr.cz/kopie-z-wais-iii/

Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 210–215.

McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive Therapy for Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances and Future Research Directions. *Current Psychiatry Reports*, *21*(5). doi:10.1007/s11920-019-1014-3

McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N. C., & Nathan, P. R. (2015). Mechanisms of change during group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *35*, 19–26. doi:10.1016/j.janxdis.2015.07.0

McLaughlin, K. A., Garrad, M. C., & Somerville, L. H. (2015). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in clinical neuroscience*, *17*(4), 403–410. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/kmclaughlin

Meinhardt-Injac, B., Daum, M. M., & Meinhardt, G. (2020). Theory of mind development from adolescence to adulthood: Testing the two-component model. *British Journal of Developmental Psychology*. doi:10.1111/bjdp.12320

Metacognitive Training (MCT) and Individualized Metacognitive Therapy (MCT+). (2021). University Medical Center Hamburg-Eppendorf. *Department of Psychiatry and Psychotherapy. Clinical Neuropsychology Unit*. Získáno 5. května 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training/

Miegel, F., Demiralay, C., Moritz, S., Wirtz, J., Hottenrott, B., & Jelinek, L. (2020). Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *20*(1). doi:10.1186/s12888-020-02648-3

Miegel, F., Moritz, S., Hottenrott, B., Demiralay, C., & Jelinek, L. (2021). Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 30*, 100647. doi:10.1016/j.jocrd.2021.10064

Migasová, N. (2019). *Zkušenosti dětí se sexuálními obsahy na internetu a jejich sebepojetí, z pohledu rodičů* [online]. Získáno 5. září 2021 z https://theses.cz/id/c1a8n1/. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Moritz, S., &Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry 10*: 69–78.

Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M., & Naber, D. (2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci 12*(2): 209–220. doi: 10.31887/DCNS.2010.12.2/smoritz

Moritz, S., Köther, U., & Schilling, L. (2013a). *B-MCT_Module_1_Attribution.pdf*. Získáno 25. srpna 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/b-mct_borderline_personality_disorder/

Moritz, S., Köther, U., & Schilling, L. (2013b). *B-MCT_Module_6_Self-esteem.pdf*. Získáno 25. srpna 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/b-mct_borderline_personality_disorder/

Moritz, S., Köther, U., & Schilling, L. (2013c). *B-MCT_Module_7_Jumping_to_conclusions.pdf*. Získáno 25. srpna 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/b-mct_borderline_personality_disorder/

Moritz, S., Köther, U., Jelinek, L., & Schilling, L. (2013d). *B-MCT_Module_2_Rumination_and_Catastrophization.pdf*. Získáno 25. srpna 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/b-mct_borderline_personality_disorder/

Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C., Bohn, F., Hottenrott, B., Leighton, L., Köther, U., Woodward, T. S., Treszl, A., Menon, M., Schneider, B. C., Pfueller, U., & Roesch-Ely, D. (2014). Sustained and "sleeper" effects of group metacognitive training for schizophrenia a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(10), 1103-1111. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1038

Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Köther, U., & Woodward, T. S. (2013e). *Metacognitive training in schizophrenia: Theoretical rationale and administration*. In D. L. Roberts & D. L. Penn (Eds.), Social cognition in schizophrenia: From evidence to treatment (pp. 358–383). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199777587.003.0015

Moritz, S. eds. (2021). *Červená a žlutá kartička*. Získáno 4. září 2021 z https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-czech/ Více informací na stránce www.uke.de/mct

Mousavi, A., Rostami, R., & Lavasani, M. G. (2016). Metacognitive Intervention effectiveness on anxiety body image and other symptoms of body dysmorphic disorder patients (BDD). *Clinical Psychology & Personality 14* (1). doi: 10.22070/14.1.81

Možný, P. (2012). Metakognitivní trénink pro schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, *13*(2), s. 81-84. ISSN 1213-0508. Získáno 10. dubna 2022 z https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/10.pdf

Mu ̈lner, J., Ruisel, I., & Farkaš, G. (1980). *Príručka pre administráciu, interpretáciu a vyhodnocovanie dotazníka na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy

Munir, S., & Takov, V. (2022). *Generalized Anxiety Disorder*. StatPearls Publishing. Získáno 30. ledna 2022 z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/

Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 8479.doi:10.3390/ijerph17228479

Nedělka, M. (2020). *Opatření děkana č. 38 / 2020 Č. j. UKPedF/474824/2020*. Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova. Získáno 10. května 2022 z https://wwwmod.pedf.cuni.cz/udeska/files/opatreni_dekana/opad_k_podrobnostem_zaverecne_prace_2020.pdf

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 339–363. https:// doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Solem, S., … Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive–behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*, *4*(5), 393–400. doi:10.1192/bjo.2018.54

Normann, N., van Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, *31*, 402–411.

Obereignerů, R. et al. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů PHCSCS- 2, 1. české vydání*. Praha: Hogrefe-TestCentrum

Pallini, S., Terrinoni, A., Iannello, S., Cerutti, R., Ferrara, M., Fantini, F., & Laghi, F. (2020). Attachment-Related Representations and Suicidal Ideations in Nonsuicidal Self-Injury Adolescents with and without Suicide Attempts: A Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12633

Papageorgiou, C. (2014). Metacognitive Theory, Therapy and Techniques: Introduction to the Special Issue. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(1), 1–3.doi:10.1007/s10608-014-9649-1

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2014). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: A baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-014-9632-x.

pedf.cuni.cz. (2022). *Náležitosti a návod na vložení rigorózní práce*. Získáno 10. května 2022 z https://pedf.cuni.cz/PEDF-274.html

Perl, L., Oren, A., Klein, Z., & Shechner, T. (2021). Effects of the COVID19 Pandemic on Transgender and Gender Non-Conforming Adolescents' Mental Health. *Psychiatry Research, 302*, 114042. doi:10.1016/j.psychres.2021.1

Pfeffer, C. R., Jiang, H., & Kahuma, T. (2000). Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychological Assessmen*, str. 304-318

Piaget, J., & Inhelderová, B. (2010). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál

Praško, J. P., Možný, P., Šlepecký, M. a kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie duševních poruch*. Praha: Triton

Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., & Vyskočilová J. (2012). *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. A Ptáček, R. ed. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu. J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr. 175*(11):1142–1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482

Rose, A., Carlson, W., & Walker E. (2007). Prospective associations of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socio-emotional trade-offs of co-rumination. *Dev Psychol.43*. 1019–1031.

Rosellini, A. J., Bourgeois M. L., Correa, J., Tung, E. S., Goncharenko, S., & Brown, T.A. (2018). Anxious distress in depressed outpatients: Prevalence, comorbidity, and incremental validity. *J Psychiatr Res*. Aug;103:54-60.

Sattary najaf abady, R. (2015). The effectiveness of meta-cognitive treatment on test anxiety in students. *International Journal of Behavioral Sciences*, *9*(1), 27-32.

Sengutta, M., Gawęda, Ł., Moritz, S., & Karow, A. (2019). The mediating role of borderline personality features in the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in a sample of help-seeking non-psychotic adolescents and young adults. *European Psychiatry, 56*, 84–90. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.11.009

Schaumberg, K., Zerwas, S., Goodman, E., Yilmaz, Z., Bulik, C. M., & Micali, N. (2018). Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.doi:10.1111/jcpp.12984

Schneider, W. (2009). The Development of Metacognitive Competences. *On Thinking*, 203–214.doi:10.1007/978-3-642-03129-8_14

Schofield, L. (2012). Why Didn't I Think of that? Teachers' Influence on Students' Metacognitive Knowledge of How to Help Students Acquire Metacognitive Abilities. *Kairaranga*, *13*(1), 56–62.

Schraw, G., & Dennison, R. S. (1994). Assessing metacognitive awareness. *Contemporary Educational Psychology*, *19*(4), 460–475.

Silbereisen, R. K., Noack, P., & Eyferth, K. (1986). *Place for Development: Adolescents, Leisure Settings, and Developmental Tasks*. In: Silbereisen R.K., Eyferth K., Rudinger G. (eds) Development as Action in Context. Springer, Berlin, Heidelberg. Získáno 6. května 2021 z https://doi.org/10.1007/978-3-662-02475-1_5

Silk, J. S., Stroud, L. R., Siegle, G. J., et al. (2012). Peer acceptance and rejection through the eyes of youth: pupillary, eyetracking and ecological data from the Chatroom Interact task. *Soc Cogn Affect Neurosci* (*1*)

Singh, R. N., & Pathak, N. (2018). Perceived Stress as a Predisposing Factor in Suicidality among Adolescents. *Indian Journal of Mental Health*. doi: 10.30877/ijmh.5.3.2018.336-341

Slovník afixu. (2021). *Meta*. Získáno 20. října 2021 z http://www.slovnikafixu.cz/heslar/meta-

Somerville, L. H., Jones, R. M., Ruberry, & E. J., et al. (2013). The medial prefrontal cortex and the emergence of self-conscious emotion in adolescence. *Psychol Sci 24*. 1554–1562

Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii*. Praha: Portál

Thakur, K., Kumar, N., & Sharma, N. (2020). Effect of the Pandemic and Lockdown on Mental Health of Children. *The Indian Journal of Pediatrics*. doi:10.1007/s12098-020-03308-w

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*. doi:10.1002/jclp.22914

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 247–259. Získáno 5. října 2021 z https://sci-hub.se/10.1023/A:1023910315561

Uhlíková, P. (2012). Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance? *Pediatr. praxi; 13*(6): 369–371. Získáno 10. ledna z https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/03.pdf

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum

Van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2011). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(5), 775–787.doi:10.1007/s10826-011-9531-7. Získáno 10. března 2022 z https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-011-9531-7

Waters, H. S., & Schneider, W. (2009). *Metacognition, Strategy Use and Instruction*. Guilford Press

Wells, A. (2004). *A cognitive model of GAD: Metacognitions and pathological worry*. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice (pp. 164–186). New York: The Guildford Press.

Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press, New York. Získáno 3. února 2021 z https://ravanhami.com/wp-content/uploads/2016/05/Adrian-Wells-PhD-Metacognitive-Therapy-for-Anxiety-and-Depression-The-Guilford-Press-2008.pdf

Wells, A. (2013). Advances in Metacognitive Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(2), 186–201.doi:10.1521/ijct.2013.6.2.186

Zhu, J., Chen, Y., Su, B., & Zhang, W. (2021). Anxiety symptoms mediates the influence of cybervictimization on adolescent non-suicidal self-injury: The moderating effect of self-control. *Journal of Affective Disorders, 285*, 144–151.doi:10.1016/j.jad.2021.01.004

Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health. 14*(5):404–411

SEZNAM PŘÍLOH

1. Informovaný souhlas pro rodiče
2. Pozvánka na metakognitivní trénink
3. Ukázka pracovního listu – Modul 8
4. Tabulka evaluace a zpětné vazby
5. Ukázka vyplněného dotazníku STAI-X1
6. Získaná data z měření
7. Fotografie všech zpětných vazeb z modulů
8. Příšera nakreslená společně
9. Fotografie druhé strany zpětných vazeb z modulů