

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VÝZKUM EFEKTIVITY
PSYCHOTERAPIE U VYBRANÝCH
PACIENTŮ DENNÍHO SANATORIA
HORNÍ PALATA

RESEARCH ON THERAPY EFFECTIVENESS FOR
SELECTED PATIENTS IN DAILY SANATORIUM HORNÍ
PALATA



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Jana Zvěřinová**

Vedoucí práce: **Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.**

Olomouc

2021

Měla jsem štěstí, že moji práci vedla Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D., která mi k psaní nechala naprostou svobodu, ale současně mi byla neocenitelnou oporou, kdykoli jsem oporu potřebovala. Měla jsem štěstí, že jsem práci zčásti směla připravovat na pracovišti Denního sanatoria Horní Palata pod laskavým a velmi vstřícným dohledem PhDr. Saice, a že pracoviště bylo ochotno podrobit svoji práci výzkumu. A mám štěstí, že můj manžel snáší moje dosavadní studium i psaní této práce zvesela a trpělivě. Děkuju.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Výzkum efektivity psychoterapie u vybraných pacientů Denního sanatoria Horní Palata“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20.3.2021

Podpis

OBSAH

| Číslo | Kapitola | Strana |
|---|----------|-----------|
| OBSAH | | 3 |
| ÚVOD | | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST | | 6 |
| 1 Historické souvislosti a cíle výzkumu v psychoanalýze a psychoanalytické psychoterapii | | 7 |
| 1.1 Vybrané výzkumy | | 8 |
| 1.2 K cílům výzkumu psychoterapie | | 10 |
| 2 Proměnné a zdroje výzkumu psychoterapie | | 11 |
| 2.1 Situační proměnné | | 11 |
| 2.1.1 Situační proměnná: druh terapie a čas..... | | 12 |
| 2.2 Proměnné v pacientovi | | 13 |
| 2.3 Proměnné týkající se reakce | | 14 |
| 2.4 Zdroje měření výsledků | | 15 |
| 2.4.1 Pohled na změnu - pacient..... | | 15 |
| 2.4.2 Pohled na změnu - terapeut | | 15 |
| 2.4.3 Pohled na změnu – signifikantní druzí | | 16 |
| 3 Metodologie výzkumu | | 17 |
| 3.1 Výzkumné plány | | 17 |
| 3.1.1 Znáhodňované klinické studie..... | | 17 |
| 3.1.2 Kritika znáhodňovaných klinických studií..... | | 19 |
| 3.1.3 Alternativy znáhodňovaných klinických studií..... | | 19 |
| 4 Metody měření | | 21 |
| 4.1 Statisticky významná změna | | 21 |
| 4.1.1 Míra účinku | | 22 |
| 4.1.2 Interpretace míry účinku | | 23 |
| 4.1.3 Míra účinku v metastudiích..... | | 24 |
| 4.2 Klinicky významná změna | | 26 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST | | 27 |
| 5 Výzkumný problém, Cíle práce a metodologie | | 28 |
| 5.1 Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy | | 28 |
| 5.2 Typ výzkumu..... | | 29 |
| 5.3 Testové metody | | 29 |
| 5.3.1 Dotazník životní spokojenosti (DŽP)..... | | 29 |
| 5.3.2 Symptom Check List – 90 R (SCL-90-R)..... | | 30 |
| 5.3.3 Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI-2)..... | | 32 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6 | Sběr dat, výzkumný soubor a etika výzkumu | 35 |
| | 6.1 Metody analýzy dat | 35 |
| 7 | Výsledky | 37 |
| | 7.1 Statistická významnost změny a míra účinku | 38 |
| | 7.1.1 Dotazník životní spokojenosti: Celková životní spokojenost | 38 |
| | 7.1.2 Symptom check list – Global Severity Index | 39 |
| | 7.1.3 MMPI-2 | 40 |
| 8 | Diskuze | 42 |
| 9 | Závěr..... | 45 |
| 10 | Souhrn | 46 |
| 11 | Literatura..... | 48 |
| | PŘÍLOHY..... | 52 |

ÚVOD

„Lidé jsou složití, ale jejich komplikovanost není náhodná.“

Nancy McWilliams

Moji pozornost přitahují možnosti i omezení zkoumání duševních stavů i procesů, jejich nenáhodnost, a také míra jistoty či nejistoty, kterých můžeme při pokusech o jejich objektivní popis dosáhnout. Pokud jsou duševní fenomény komplexní a někdy obtížné k zachycení, pak i pokusy objektivně zachytit a popsat vnitřní proměnu člověka, její fascinující zákonitosti a tedy i psychotherapeutickou léčbu přirozeně naráží na úskalí. Zdá se, že ani optika odborné veřejnosti není vždy zcela jednomyslná.

V teoretické části této práce se zabývám účinností psychotherapeutické léčby s akcentem na psychodynamickou psychotherapii. Psychoanalytický model uvažování byl i důvodem, proč jsem Denní sanatorium Horní Palata oslovila v souvislosti s přípravou této práce.

Denní sanatorium Horní Palata nabízí svým pacientům mj. sedmítýdenní léčebný program. Sedm týdnů je poměrně krátká doba na úplnou úzdravu pacientů, jejichž potíže někdy trvají léta nebo dokonce celoživotně; může ale nabídnout změny, které mohou pokračovat i po skončení stacionáře.

Smyslem této práce je předpokládané změny zachytit. V teoretické části této práce se tedy budu zabývat především metodologií výzkumu, metodami měření, zdroji měření výsledků a proměnnými, které mohou mít vliv na výzkum psychotherapie.

V empirické části této práce se pak budu zabývat tím, jak se předpokládané změny projeví ve sledovaných proměnných Dotazníku životní spokojenosti, Minnesotského multifázového osobnostního inventáře a inventáře Symptom Check List 90 – R.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÉ SOUVISLOSTI A CÍLE VÝZKUMU V PSYCHOANALÝZE A PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPII

Zdá se, že od počátků psychoanalýzy se obor potýká s ambivalencí vztahující se k výzkumu. Freudův hlubinný výzkum přinesl nový pohled na vývoj a vnitřní strukturu lidské psychiky. Perspektivy, které tak otevřel, spustily laviny zkoumání ranných dějin lidské psychiky a jejího fungování (Black & Mitchell, 1999).

Sám Freud se sice považoval za vědce, přesto neprojevil příliš velkou aktivitu ve snaze o experimentální potvrzení svých myšlenek. Někdy postupoval dokonce naopak; experimentální psycholog Saul Rosenzweig Freudovi kdysi napsal, že se mu v laboratoři podařilo potvrdit existenci vytěsnění. Freud mu na to zdvořile, ale odmítavě sdělil, že existenci popření sám prokázal dostatečně a že systematický výzkum tohoto tématu považuje za zbytečný. Řada Freudových následovníků zaujala obdobný postoj, ve kterém se odráželo i přesvědčení, že to, co zažívají s každým pacientem, je příliš jedinečné, než aby se to dalo zkoumat (McWilliams, 2013, 2015).

Na druhou stranu Freud ve své monografii *Pudy a jejich osudy* popsal přístup, kterým se o pár desítek let později zabývali Glaser a Strauss, a který představili jako zakotvenou teorii pro kvalitativní výzkum. Freud říká: „*Slyšeli jsme častokrát zastávat požadavek, že věda má být vybudována na jasných a jasně definovaných základních pojmech. Ve skutečnosti žádná věda nezačíná takovými definicemi, ani ta nejzákladnější ne.*

Správný začátek spočívá v popisu jevů, jež jsou pak dál seskupeny do skupin, uspořádány a uvedeny do souvislostí. Již při popisu se není možné vyhnout tomu, že se na příslušný materiál uplatní jisté abstraktní ideje, které si člověk odněkud přináší, jistě ne pouze z té nové zkušenosti. Ještě nepostradatelnější jsou takové ideje – pozdější základní pojmy té vědy – při dalším zpracování látky. Musejí se zpočátku vyznačovat jistou mírou neurčitosti; o nějakém jasném vyznačení jejich obsahu nemůže být řeč.“ “Teprve po důkladnějším

prozkoumání příslušné oblasti jevů můžeme také jasněji pochopit jejich základní vědecké pojmy a průběžně je pozměňovat tak, že se stanou ve velkém rozsahu použitelnými a přitom veskrze bezrozpornými. Potom může být také na čase spoutat je do definic“ (in Kučera, 2017, str. 28).

I v současnosti lze v širší odborné společnosti zaznamenat napětí mezi společenstvím kliniků a výzkumníků (McWilliams, 2013). Dopady přesvědčivého a důvěryhodného výzkumu mohou být ryze praktické při formování státní i nadnárodní regulace praxe, spolupráce zdravotních pojišťoven, poskytování grantů i metodik léčebných postupů.

1.1 Vybrané výzkumy

Výzkumů psychoanalytické a psychoanalyticky orientované léčby není tolik, kolik by praxe potřebovala, přesto v minulých desetiletích vznikla řada výzkumů. Níže uvedeme alespoň některé z nich.

Prvním systematickým pokusem o měření výsledku terapie byl zdokumentován ve 30. letech v Berlínském psychoanalytickém institutu (Aveline, Strauss, Stiles, 2005).

Prvním významným a metodologicky pečlivě provedeným výzkumem výsledků psychoanalytické léčby byl naturalistický výzkum označovaný jako Menniger Foundation Psychotherapy Research Project, zahájený v roce 1954. Výzkum sledoval průběh a výsledky až třicetileté léčby u 42 dospělých s hraniční úrovní fungování a s vážnými poruchami osobnosti (Wallerstein, 1989). Výzkum v souhrnu zaznamenal podstatné zlepšení ve všeobecném fungování pacientů psychoanalýzy i psychoanalyticky orientované psychoterapie.

O něco později Kolumbijská univerzita, oddělení centra psychiatrie pro psychoanalytický výcvik a výzkum, došla ve výzkumu k závěru, že čím delší byla léčba a čím více se rozvinul analytický proces, tím větší benefit pacienti (N = 250) demonstrovali – tyto výsledky bylo možné očekávat, protože šlo o pacienty s vyšší úrovní fungování, kteří potřebují méně podpory.

V pozdějším výzkumu prováděném rovněž Kolumbijskou univerzitou se Vaughan a kol. pokusili o stejnou metodologickou důslednost, jaká je možná v krátkodobých studiích, když prováděli dlouhodobá šetření pacientů v analytické léčbě. Navzdory malému výzkumnému vzorku (N=25) výzkumníci zaznamenali po roce léčby statisticky významný terapeutický efekt v řadě měřených hodnot (McWilliams, 2013; Vaughan et al., 2000).

Bostonský Psychoanalytický Institut pak zastřešil sérii na sebe navazujících a metodologicky pečlivě provedených výzkumů Kantrowitze, Katze, Paolitta a spol. (McWilliams, 2013), mezi které patří následující.

- V rámci longitudinální studie bylo hodnoceno 22 pacientů z hlediska změn v úrovni a kvalitě jejich objektivních vztahů. Většina z těchto pacientů uvedla potíže ve vztazích jako alespoň jeden z důvodů, proč původně hledali psychoanalytickou léčbu. Před zahájením analýzy dostal každý pacient řadu psychologických testů. Jeden rok po ukončení analýzy byla znovu provedena testovací baterie a následný rozhovor byl proveden samostatně s každým pacientem a jeho analytikem. Hodnocení změn na základě rozhovorů srovnání psychologických testů před a po léčbě ukázaly navzdory malému výzkumnému vzorku statisticky významné zlepšení úrovně a kvality objektivních vztahů těchto pacientů (Kantrowitz, Katz, Paolitto, Sashin, & Solomon, 1987a).
- Dle psychologických testů administrovaných rok po ukončení analýzy bylo u dvaceti pacientů statisticky významné zlepšení testování reality (zbývající dva pacienti z dvaadvaceti v mezidobě utrpěli významné trauma) (Kantrowitz, Katz, Paolitto, Sashin, & Solomon, 1987b).
- Třináct ze sedmnácti pacientů v následných rozhovorech pět až deset let po ukončení psychoanalýzy zaznamenalo rozvoj nebo zjemnění sebeanalytické kapacity (Kantrowitz, Katz, & Paolitto, 1990).

Ve Švédsku byla provedena studie velkého množství pacientů (N = 450) v psychoanalýze a psychoanalytické psychoterapii. Z jejích výsledků vyplynulo, že psychoanalýza v četnosti tři až pět sezení týdně měla po ukončení léčby stejné výsledky jako psychoanalytická psychoterapie s jedním až dvěma sezeními týdně. Po katamnestických kontrolách v následujících třech letech měli však psychoanalyticky léčení jedinci mnohem lepší výsledky v SCL-90. Míra zlepšení jednotlivců se zvyšovala poměrně k intenzitě a délce trvání léčby (McWilliams, 2013; Sandell et al., 2000).

V Německu pak vyšla retrospektivní dlouhodobá následná studie, která zjistila, že čím více psychoanalýzy či psychoanalytické psychoterapie, tím menší náklady pak stát musí vydat na léčbu somatických onemocnění a léčbu závislostí (Beutel, Rasting, Stuhr, Rüger, & Leuzinger-Bohleber, 2004; McWilliams, 2013).

1.2 K cílům výzkumu psychoterapie

Pokud v tomto textu načrtnu zorné úhly z hlediska psychoterapie jako široce rozkročené profese, pak stejně tak bohaté a široce rozkročené mohou být zdroje pohledů a dat.

Různé druhy psychoterapie patří k rizikovým, dá se říci, že i „eticky výbušným“ oblastem psychologické praxe, a to především kvůli riziku zneužívání klientů. Psychoterapeutická profese je obtížně kontrolovatelná (Plháková, 2004). Výzkum psychoterapie tak třeba může i být cestou, jak hledat a formulovat etické hranice praxe.

Timuľák (Timuľák, 2005) shrnuje dva hlavní důvody výzkumu psychoterapie. Výzkum se podle něj pokouší

- formovat samotnou psychoterapeutickou praxi, tj. přinést poznatky, které podporují to, jak je psychoterapie vykonávána, nebo naopak které vedou ke změnám praxe a
- zdůvodnit psychoterapii jako opodstatněnou léčebnou činnost při široké paletě psychologických a psychiatrických problémů v životě člověka (Timuľák, 2005).

Cíle psychoterapie, jak vyplývá z předešlé podkapitoly, mohou být různé. Stejně tak mohou být různé cíle, prostředky a metody výzkumu. Tradiční přístup pak velí rozdělit výzkum psychoterapie na výzkum procesu a výzkum efektu, i když svým způsobem jedno navazuje na druhé. Pokud máme nějaký nástroj, často nás zajímá, (i) zda funguje, pokud funguje, tak (ii) zda je hospodárný při porovnání s obdobnými nástroji, a pokud je hospodárný v porovnání s ostatními nástroji, tak (iii) jak vlastně funguje (Timuľák, 2005).

Pokud výzkumníci používají slovo účinek či efekt, je třeba upřesnit, jaký konkrétní účinek má výzkumník na mysli. Anglické zdroje v této souvislosti používají termíny: „effect“, „effectiveness“ a „efficacy“. Tam, kde se v angličtině v souvislosti s účinkem používá termín „efficacy“, jde většinou o termín, který vychází z randomizované klinické studie (tj. RCT, viz níže). Tam, kde anglický zdroj použije slovo „effectiveness“, jde spíše o naturalistickou (viz níže) studii (např. Hořejš, 2008).

2 PROMĚNNÉ A ZDROJE VÝZKUMU PSYCHOTERAPIE

K úvahám o psychoterapeutické praxi a výzkumu psychoterapie patří snaha definovat psychoterapii a její procesy, snaha zjistit, jaké jsou proměnné, zisky a náklady psychoterapie včetně těch osobních a finančních a snaha formulovat nové psychoterapeutické postupy.

Jevy, které můžeme ve výzkumu pozorovat, nazýváme proměnnými. Proměnné mohou být kvalitativní (ty můžeme třídit a počítat) nebo kvantitativní (ty můžeme měřit). Nebo je můžeme v souladu s klasickým schématem experimentální psychoterapie S-O-R zjednodušeně třídit na podnětové či situační (S), na proměnné v organismu či osobnosti (O) v reakci či chování (R) (Kratochvíl, 2017). Některými proměnnými se budeme zabývat podrobněji.

Od psychoterapie, jako od formy léčby, očekáváme nějaké zlepšení, i když ani to není vždy samozřejmost. V ČR se nezamýšlenými, nežádoucími, negativními nebo vedlejšími účinky terapie v psychoterapii zabývá Zbyněk Vybíral.

2.1 Situační proměnné

Mezi základní situační proměnné řadíme terapeuta, druh terapie nebo třeba čas. Ve výzkumu výsledků psychoterapie může výzkumníky zajímat, jaký vliv má druh terapie na konečnou změnu – k tomu podrobněji další samostatný oddíl této práce. U terapeuta pak může hrát roli věk, pohlaví, profese, zkušenosti, charakter, temperament, hodnotový systém, sebezkušenost a další aspekty. Vystupování terapeuta je často úzce ovlivněno jeho filozofií či směrem, ve kterém pracuje. Někdy se v té souvislosti samostatně vyčleňuje i vztah mezi pacientem a terapeutem či interakce mezi nimi. Ve skupinové terapii se pak vedle terapeuta a vztahu k němu úzce uplatňuje i vliv skupiny a skupinových procesů – sem patří skupinová atmosféra, koheze a tenze ve skupině nebo i složení ve skupině (Kratochvíl, 2017).

Řada výzkumů potvrzuje, že úspěšnost terapeutů a jejich vliv na změnu pacientů se významně liší (Castonguay & Hill, 2017). Podle Coopera (2008) vykazují lepší výsledky terapeuti s vyšší úrovní psychické pohody a mírně vyšší byla zaznamenána úspěšnost žen terapeutek při práci se ženami.

2.1.1 Situační proměnná: druh terapie a čas

Vzhledem k tomu, že Denní sanatorium Horní Palata pracuje v psychoanalytickém modelu uvažování (Forman, 2017), proměnnou „psychodynamická psychoterapie“ se budeme zabývat podrobněji

Shedler (2010) popsal několik rysů, které psychoanalyticky orientovanou psychoterapii jako samostatnou proměnnou odlišují od ostatních terapií. Patří sem:

- i) Zaměření pozornosti na emoce pacienta a jejich vyjádření
- ii) Zaměření pozornosti na to, jak se pacient vyhýbá zúzkostňujícím emocím a pocitům
- iii) Identifikace opakujících se vzorců a témat
- iv) Diskuze o minulých zkušenostech
- v) Fokus na mezilidské vztahy
- vi) Fokus na terapeutický vztah
- vii) Prozkoumání fantazijního života (Shedler, 2010)

Zajímavé jsou výzkumy kombinace faktoru proměnné času a druhu terapie.

V průběhu psychoanalýzy či psychoanalytické psychoterapie se člověk díky konfrontaci s nepříjemnými fakty někdy může na nějakou dobu začít cítit i psychicky hůře. Výzkumy ale ukazují, že terapeutický efekt psychoanalýzy většinou roste ještě dlouho po jejím ukončení (Kuchař, 2020). Při zkoumání psychodynamické terapie a psychoanalýzy se opakovaně potvrzuje, že katamnestické hodnocení po léčbě indikuje kontinuální zlepšování pacientů. Gabbard (in Blažková, 2011) vysvětluje, že tento trend naznačuje, že se pacienti naučili určitý způsob uvažování o svých zkušenostech, které mohou sami aplikovat i po skončení léčby.

Proměnnou času a druhu léčby se budeme podrobněji zabývat ještě v části 4 této práce v souvislosti s mírou účinku.

2.2 Proměnné v pacientovi

Ze základních charakteristik pacienta má vliv pohlaví, věk, odolnost, nebo frustrační tolerance; významnými faktory jsou i inteligence, vzdělání, společenské postavení, temperamentové rysy (Kratochvíl, 2017).

Zásadní vliv na terapeutický proces a efekt má struktura osobnosti a patologie pacienta; je rozdíl, pokud psychoterapii podstupuje psychotický či neurotický pacient. Významné je i to, zda je porucha akutní či chronická, zda byl již pacient v minulosti léčen, či jakou roli v jeho životě hrají symptomy (Kratochvíl, 2017).

Podle některých autorů se u „*monosymptomatických fobií a návyků*“ jeví jako neúčinnější nácvikové behaviorální techniky, podle jiných autorů může být takové tvrzení příliš zjednodušující, protože i zdánlivě zcela izolovaný symptom může být smysluplným signálem jiné dysbalance ve vnitřní struktuře pacienta (Kratochvíl, 2017; McWilliams, 2015).

Vysoká zralost pacientů, resp. jejich neurotická úroveň fungování, je pro psychoanalyticky orientovanou léčbu dobrým znamením. Z eriksonovského pohledu můžeme předpokládat, že u takových klientů existuje základní důvěra, značná samostatnost a spolehlivý pocit vlastní identity; to s sebou nese dostatečně zpevněnou sebeúctu na to, aby mohli snášet i některá nepříjemná zjištění (McWilliams, 2015). McWilliams (2015) pak větší a rychlejší zisk takových pacientů z psychoterapie připodobňuje reakci chytrého člověka na vzdělání. To potvrzují i některé výzkumy (Michael et al., 2009).

Podobně můžeme různou míru úspěchu do nějaké míry odhadnout při pohledu na diagnózu pacienta prizmatem MKN. Pacienti s primárně diagnostikovanou poruchou osobnosti (F6, ev. v komorbiditě s dalšími prvky, nejčastěji s neurotickou poruchou) dosahovali ve výzkumu prováděném v Denním sanatoriu Horní Palata nižších účinků v porovnání s pacienty s pouze afektivními poruchami či pouze s neurotickou poruchou (Blažková, 2011). Hořejš (2007) na stejném pracovišti zaznamenal, že zlepšení ve skóre DŽS se lišilo podle zdravotního stavu (DŽS obsahuje otázky na zdravotní stav) a podle toho, zda u klienta byla, nebo nebyla diagnostikována porucha z diagnostického okruhu F4.

Psychoterapeutická léčba implikuje uzdravu pacientů nebo alespoň posun směrem ke zralějšímu či zdravějšímu fungování. V souvislosti s ukončením terapie pacienti nezdědky zažijí návrat původních příznaků. Yalom (2016) je vysvětluje jako protest proti ukončení nebo jako poslední příležitost vrátit se k věcem, které původně vedly k léčbě, a umožnit

určitou práci na prevenci opětného zhoršení stavu (Yalom & Leszcz, 2016). Zhoršení symptomů v době ukončení skupiny (například ve sledovaném denním stacionáři) může souviset i s úzkostí z návratu z léčby do původního „předléčbového“ prostředí, které pro pacienta někdy znamená zátěž. Zrovna tak může souviset s truchlením v souvislosti se ztrátou podpůrného prostředí skupiny. Konec skupiny znamená skutečnou ztrátu – i když některé vztahy ze skupiny pokračují, celá skupina v konkrétní podobě už nikdy existovat nebude (Yalom & Leszcz, 2016).

2.3 Proměnné týkající se reakce

Výzkumy psychoterapie se zaměřují na proces a na výsledek, tj. zlepšení či zhoršení stavu pacienta. V této souvislosti znovu narážíme na to, co vlastně zlepšením v psychoterapii rozumíme a na odlišné zorné úhly jednotlivých přístupů. Reakce na terapii i cíle psychoterapie se dají chápat různě, stejně jako vlastní vymezení duševního zdraví (Kratochvíl, 2017). Teoretická shoda napříč celým oborem psychoterapie, od kognitivně-behaviorálního přístupu po psychoanalýzu a psychoanalyticky orientovanou psychoterapii, zatím neexistuje.

Podle Timuláka (2005) kognitivně-behaviorální přístupy míří k tomu, aby konečný stav pacienta byl bez psychopatologických symptomů nebo aby tyto symptomy při těžších poruchách alespoň ustoupily. Podle McWilliams (2015) psychoanalytický klinický pohled naopak předpokládá, že se terapeuti snaží pomoci pacientům změnit nejen problematické chování a duševní stavy, ale také se soustředí na zlepšení celkové odolnosti, pocitu schopnosti ovlivňovat věci ve svém životě, schopnosti snášet širokou škálu myšlenek a pocitů, schopnosti mít důvěrné vztahy. Stejně tak se snaží dosáhnout zlepšení v oblasti uvědomování si druhých lidí s jejich samostatnou, oddělenou subjektivitou. Pacienti, kteří tyto schopnosti postrádají, si je podle McWilliams (2015) ani nedovedou představit a zřídka si na jejich nedostatek stěžují; jen se chtějí cítit lépe.

Ani pohledy na duševní zdraví či normality v tomto směru nejsou jednotné. Freud lakonicky navrhl definici normality jako schopnost „milovat a pracovat“. Winnicott tuto definici doplnil o „hrát si“, Kohut pak o „schopnost se z těchto věcí radovat a být na ně hrdý“ (in Black & Mitchell, 1999, s. 180).

2.4 Zdroje měření výsledků

Perspektiva pohledu výrazně ovlivňuje velikost naměřené změny. Zorný úhel pohledu na psychoterapii ovlivňuje i to, co měříme. V této kapitole se zaměříme na jednotlivé zdroje dat.

2.4.1 Pohled na změnu - pacient

Jednoduchý způsob, jak zjistit výsledky terapie, je zeptat se pacienta. Častá forma zjištění je sebeposuzovací škála a dotazník. Ty můžeme rozdělit podle toho, jakou proměnnou se pokouší zachytit. K dispozici jsou například osobnostní dotazníky (např. Minnesotský multifázový osobnostní inventář - MMPI-2), na symptomy zaměřené dotazníky (např. inventář Syndrom Check List - SCL-90), nebo dotazníky hodnotící subjektivní spokojenost a adaptovanost (např. Dotazník životní spokojenosti DŽS). Měřit změnu prostřednictvím výše uvedených dotazníků budeme i my v této diplomové bakalářské práci. Z kvalitativních metod zjišťování změn vlivem terapie pak můžeme uvést strukturované interview klientovy změny (Timuřák, 2005).

Problémem těchto metod je, že se do nich může promítnout některé proměnné na straně pacienta, které bezprostředně s reálným výsledkem terapie nesouvisí. Patřit mezi ně může již výše diskutovaný pozitivní i negativní postoj pacienta k psychoterapeutovi, psychoterapii či k jejímu ukončení, tedy třeba vděk a snaha potěšit terapeuta tím, že se pacient během terapie zlepšuje, nebo naopak truchlení či regrese po konci terapie (Yalom & Leszcz, 2016).

2.4.2 Pohled na změnu - terapeut

Zdrojem informací o výsledcích terapie může být i sám psychoterapeut. Kvůli zainteresovanosti terapeuta do výsledků terapie by tento zdroj podle Timuřáka (2005) nikdy neměl být jediným kritériem posuzování terapie. Podle Burlingama, Fuhrimana a Mosierové (in Hořejš, 2008), kteří provedli metaanalýzu 111 výzkumů účinnosti psychoterapie, bylo průměrné hodnocení výsledků terapie terapeuty nižší než hodnocení z jiných zdrojů, a jen o málo vyšší než objektivní výsledky měření. Hodnocení ze strany terapeutů ale vykazovalo velké výkyvy.

2.4.3 Pohled na změnu – signifikantní druzí

Tento způsob hodnocení se využívá při psychoterapii u dětí a adolescentů, kdy jsou hodnotiteli rodiče nebo učitelé. Podobně může být využitý i v manželské terapii, kdy je hodnotitelem partner.

Problémem při metodách, ve kterých signifikantní druzí posuzují klienta, může být nemotivovanost nebo zainteresanost hodnotitele ve vztahu s klientem, která může hodnocení zabarvit. To se může projevit v situaci, kdy se hodnocený jedinec mění ve směru, který jde proti zájmu hodnotícího (buť i v žádoucím směru větší autonomie či asertivity) (Timuřák, 2005). Typicky tak může být tzv. identifikovaný pacient, tj. člověk, který se přichází léčit nebo je do léčby poslán, přičemž skutečnou patologii nese spíše sociální jednotka, které je členem. Léčba a výsledky psychoterapie takového pacienta mohou narážet na odpor okolí (Kratochvíl, 2017).

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Psychoanalýza a psychoanalyticky orientovaná psychoterapie je vesměs časově, obsahově i finančně náročná a tak i výzkum psychoanalytické léčby je náročný časově, obsahově, finančně i metodologicky. To výzkumníky odrazuje – Kernberg situaci shrnul tak, že analytici, kteří se pokouší o skutečný výzkum hlubinných přístupů k terapii, zažívají Hlavu 22 na vlastní kůži: granty jim nebudou uděleny na léčbu bez doložené empirické validity, ale taková validita nemůže být doložena bez zdrojů na empirický výzkum (Kernberg in: McWilliams, 2013). I grantové agentury a pojišťovny výzkumníky motivují spíše k modelování krátkodobých terapií (Vybíral & Roubal, 2010).

3.1 Výzkumné plány

Timuřák (2005) dělí výzkumné plány při výzkumu psychoterapie na

- (a) znáhodňované klinické zkoušky a
- (b) alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek.

Alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek pak rozděluje na

- (i) případové experimentální studie,
- (ii) kvantitativní deskriptivní studie,
- (iii) intenzivní případové studie,
- (iv) zkoušky založené na preferenci pacientů,
- (v) naturalistické studie a
- (vi) kvalitativní zkoumání efektu psychoterapie (Timuřák, 2005).

3.1.1 Znáhodňované klinické studie

Znáhodňované (označované i jako „randomizované“) klinické zkoušky či studie (zkracované jako „RCT“ z anglického „randomized control trials“) jsou pro svou metodologickou eleganci často označované jako zlatý standard psychotherapeutického výzkumu (McWilliams, 2013). Smyslem RCT je přiblížit se experimentům, ve kterých mám kontrolované všechny podmínky kromě nezávislé proměnné – v takovém případě

mohu zjistit kauzalitu a nemusím se spokojit s korelací. Pokud bychom měli dva zcela identické pacienty, kterým by se dostalo zcela stejné péče, a pokud by jeden z nich byl navíc podroben psychoterapii, zatímco druhý ne, pak bychom mohli veškeré změny u prvního pacienta kauzálně přičíst psychoterapii (Gazzillo, Schimmenti, Formica, Simonelli, & Salvatore, 2017). V praxi ale takto ideální výchozí podmínky není možné nastolit.

Nejsnáze randomizovanou klinickou studii provedeme, když šetřené téma zredukujeme na co nejjednodušší snadno měřitelnou proměnnou; proto narůstá množství metodologicky kvalitních výzkumů krátkodobých intervencí. V takových výzkumech výzkumníci zkoumají účinnost („efficacy“) určité léčby pro konkrétní duševní poruchu či jinou diagnózu podle MKN či DSM.

Aby bylo možné RCT provést, je třeba, aby výzkumníci měli k dispozici pacienty s danou diagnózou bez dalších „komorbidit“ – tj. bez dalších problémů v oblasti duševního zdraví, jako je závislost nebo třeba porucha osobnosti (McWilliams, 2013). Pacienti, kteří takové podmínky splňují, jsou vzácní. Například epidemiologické studie hlavních depresivních poruch ukázaly, že osmdesát procent lidí s takovým typem diagnózy má další „komorbidní“ diagnózy (viz např. Kessler et al., 2003; Klein Hofmeijer-Sevink et al., 2012; McWilliams, 2013).

Pacienti jsou ve znáhodněné klinické studii náhodně rozděleni do dvou skupin: experimentální a kontrolní. V ideálním případě – tj. ve dvojité zaslepených studiích – neví ani terapeut, ani pacient, do které skupiny je zařazen, a terapeut i pacient jsou v dobré víře, že se pacientům dostává účinné terapie (Hořejš, 2008). Kontrolní skupina na léčbu buď čeká, nebo je jí poskytnuta nestrukturovaná konverzace či všeobecná podpora.

Aby bylo zajištěno, že se všichni terapeuti pohybují ve stejném rámci, je připraven manuál, který má terapeuta vést krok za krokem příslušnou psychoterapií (Vybíral & Roubal, 2010). Pacient je pak nějakým způsobem otestován před manualizovanou léčbou a po léčbě, přičemž se hledá zlepšení jasně daných mantinelech, a terapeuti postupují podle léčebných manuálů. Manuál by měl výsledky definované měřitelnou redukcí symptomů. Výše uvedený postup je finančně méně náročný a je výhodný i pro výzkumníky, kteří potřebují generovat řadu krátkodobých výzkumů (McWilliams, 2013). Výzkumy provedené metodologicky perfektně, manualizovaným způsobem a na vzácných pacientech pak mohou mít vysokou vnitřní validitu, ale nízkou validitu externí. Znáhodňované

klinické zkoušky jsou tak vhodnější pro prozkoumání jednoduchých, oddělitelných fenoménů. Přesto se řadu RCT studií psychodynamických psychoterapií podařilo provést a publikovat.

3.1.2 Kritika znáhodňovaných klinických studií

McWilliams (2012) ve své kritice znáhodňovaných klinických studií (tzv. RCT, viz popis níže) považuje mechanický přístup k psychoanalyticky orientované psychoterapii za nevhodný z několika důvodů.

- 1) Psychoanalyticky orientovaní terapeuti se zabývají komplexními dynamickými procesy, které řadou vzájemně propojených způsobů pacientům ztrpčují život. Psychoanalytické uvažování se soustředí na porozumění *smyslu* jakéhokoli vzorce (ať už chování, nebo třeba prožívání), který brání osobnímu rozvoji či životní spokojenosti.
- 2) Více než „objektivním“ datům ze sebereportovacího rozhovoru důvěřují psychoanalyticky orientovaní psychoterapeuti kvalitativním informacím získaným při klinickém rozhovoru.
- 3) Manualizace je pro takové terapeuty neakceptovatelná, protože svoji terapeutickou práci staví na nabídce ozdravného vztahu přizpůsobenému unikátní dyádě pacienta a terapeuta – nikoli na sadě technických kroků, které cílí na specifické symptomy.
- 4) Pokud pak má být takový proces skončit, pak se tak přednostně stane přirozeně, ve chvíli, kdy terapie organicky dospěje ke svému konci (předpokládám, že v této části McWilliams hovoří o individuální, nikoli o skupinové terapii).
- 5) A konečně, jak vyplývá i z výše uvedeného, změna je v psychoanalyticky orientované psychoterapii nejen jednoduchá redukce symptomů (jakkoli i ta je vítaná a očekávaná) – ale v širších kategoriích.

3.1.3 Alternativy znáhodňovaných klinických studií

Alternativou RCT jsou případové experimentální studie, kvantitativní deskriptivní studie, intenzivní případové studie, zkoušky založené na preferenci pacientů, naturalistické studie a kvalitativní zkoumání efektu psychoterapie. Naturalistické studie jsou protipólem znáhodňovaných klinických zkoušek – jsou to studie, které jsou prováděny přímo v praxi u terapeutů a na klinikách. U takových studií není zajištěn náhodný výběr pacientů ani manualizace terapie, externí validita je však vysoká. Podle Timuľáka (2005) výzkumem

v přirozených podmínkách získáváme přehled o skutečné efektivitě poskytované psychoterapie. Takový výzkum může přinést i pohled na různou účinnost v různých typech zařízení či u konkrétních terapeutů.

4 METODY MĚŘENÍ

Pokud máme změřit posun pacienta či klienta z pásma disfunkční populace do pásma zdravé populace, nebo pokud máme změřit jeho posun v rámci pásma zdravé populace, potřebujeme míru změny nějakým způsobem vyčíslit, operacionalizovat. Při tom můžeme vyjít z konceptů klinicky významné a statisticky spolehlivé změny.

Klinicky významnou změnu (clinically significant change) můžeme definovat jako přesun klienta z dysfunkční (klinické) do zdravé (neklinické) populace nebo v rámci zdravé (neklinické) populace. (Jacobson & Truax, 1991).

Statisticky spolehlivá změna (statistically reliable change) pak znamená, že daný klient vykázal změnu, jež svou velikostí přesahuje chybu měřicího nástroje“ (Řiháček & Juhová, 2016).

Pokud známe klinicky a statisticky významnou změnu, můžeme definovat čtyři skupiny pacientů (Řiháček & Juhová, 2016):

1. vyléčení pacienti (ti, kteří dosáhli klinicky významné i statisticky spolehlivé změny),
2. zlepšení pacienti (ti, kteří dosáhli statisticky spolehlivé změny, ale nepřekročili hranici mezi dysfunkční a zdravou populací),
3. nezlepšení pacienti (ti, u nichž změna nenastala, nebo, pokud nastala, nedosáhla míry statisticky spolehlivé změny) a
4. zhoršení pacienti (ti, kteří dosáhli statisticky spolehlivé změny v negativním směru) (Řiháček & Juhová, 2016).

4.1 Statisticky významná změna

Statisticky významnou změnu určíme statistickým testem. Podrobnějším popisem statistických metod bychom dalece přesáhli rámec této práce, alespoň tedy odkážeme na skripta Daniela Dostála či jiné prameny (Dostál, n.d., či Hendl, 2012). Podrobněji se zastavíme jen u míry účinku, protože ve výzkumu psychoterapie jde o významně užívanou statistiku.

4.1.1 Míra účinku

Kvantitativní nástroj, který se často používá k vyjádření efektu psychoterapie, je míra účinku (v češtině někdy označovaná také jako „míra efektu“, z anglického „effect size“). Výzkumy využívají k prezentaci výsledků míru účinku spolu s konfidenčními intervaly při uvádění výsledků čím dál častěji. Jejich udávání ve svém publikačním manuálu mj. výslovně vyžaduje Americká Psychologická Asociace (APA) (Schäfer & Schwarz, 2019). Tyto ukazatele nám totiž dávají relativně srozumitelnou informaci, a do určité míry brání zneužití statistiky, kdy se autor může pokusit pomocí méně jasných statistik vyvolat dojem, že existuje určitý efekt, ačkoli je takový efekt ve skutečnosti velmi slabý či prakticky žádný (Dostál, n.d.).

Míra účinku je číselné vyjádření velikosti rozdílů naměřených hodnot mezi dvěma porovnávanými skupinami (například pacientů v terapii), přičemž hodnoty jsou naměřeny na nějakém nástroji měření (například v testu měřícím psychopatologii před terapií a po terapii) (Timuľák, 2005). Ukazatelem míry účinku je podle Timuľáka (2005) jakákoli statistika, pro kterou platí, že:

- i) zobrazuje míru porušení nulové hypotézy
- ii) její střední hodnotu neovlivňuje velikost souboru (tj. ani velikost kontrolní skupiny, ani velikost experimentální skupiny, takže můžeme srovnat i dvě skupiny s velmi rozdílným počtem členů)
- iii) neovlivňují ji jednotky měření

Dvě porovnávané skupiny mohou být například experimentální skupina a kontrolní skupina (pak zjistíme, zda a jaký účinek mohl mít experimentální zásah), skupina podrobenou léčbě A a skupina podrobenou léčbě B (pak můžeme vypočítat, která léčba je účinnější), nebo třeba skupina pacientů před léčbou a skupina těch samých pacientů po léčbě.

V ideálních podmínkách by bylo lhostejné, zda srovnáváme experimentální skupinu a kontrolní skupinu, nebo skupinu před léčbou a po léčbě, protože experimentální skupina by byla shodná se skupinou kontrolní a nežádoucí proměnné bychom eliminovali. V reálném světě to lhostejné není, dvě skupiny lidí se budou vždy lišit v řadě popsanych i nepopsanych parametrů a nežádoucích proměnných se tak zbavit nedokážeme. Může se stát, že například drobnější problémy by postupem času zmizely i bez léčby (Hořejš, 2008). Proto podle Hořejše (2008) můžeme očekávat, že míra účinku, kterou spočítáme

porovnáním experimentální a kontrolní skupiny, bude nižší než míra účinku, kterou získáme porovnáním sledované skupiny před léčbou a po léčbě.

Možným ukazatelem míry účinku užívaným ve výzkumu psychoterapie je dle Timuľáka toto vyjádření

$$ES = \frac{\bar{x}_e - \bar{x}_k}{s}$$

ES v této rovnici představuje míru účinku, \bar{x} znamená průměr, index \bar{x} určuje, zda jde o experimentální nebo kontrolní skupinu, s je pak směrodatná odchylka získaná v tomto případě jako geometrický průměr směrodatných odchylek (Timuľák, 2005). Jednodušším způsobem určení s může být využití směrodatné odchylky kontrolní nebo experimentální skupiny. Míra účinku nám tedy říká, o kolik směrodatných odchylek se experimentální skupina posunula. Psychologický výzkum pak často užívá zkratku k interpretaci číselné hodnoty míry účinku tak, jak ji doporučili manželé Cohenovi v roce 1970 (Cohen in: Schäfer & Schwarz, 2019):

0,2 - malý efekt/účinek

0,5 - střední efekt/účinek

0,8 - vysoký efekt/účinek

Cohen toto rozdělení připodobnil k příkladům z reálného světa, jako je tělesná výška mužů a žen. Střední efekt je efekt, který by pozorný člověk zaznamenal pouhým okem, malý efekt je znatelně menší než střední, ale ještě není triviální. Velkým efekt pak má být takový, aby mezi jím a středním účinkem byl stejný rozdíl, jako mezi středním účinkem a malým účinkem (Schäfer & Schwarz, 2019).

4.1.2 Interpretace míry účinku

Zkratka k interpretaci může být problematická: pokud ji použijeme bezmyšlenkovitě a bez přihlídnutí k obvyklé, běžné nebo již poznané míře účinku v podobných situacích (v případě, že je taková poznaná míra účinku dostupná), pak můžeme svoje závěry snadno zkreslit. Cohen si byl vědom, že výrazy jako „malý“, „střední“ a „velký“ jsou relativní nejen k sobě navzájem, ale také konkrétněji ke konkrétnímu obsahu a výzkumné metodě. Následně doporučil odvodit úsudek o malých, středních a velkých účincích z výsledků předchozích studií v příslušné oblasti výzkumu (Cohen in: Schäfer & Schwarz, 2019). To je možné naplnit jen za určitých podmínek: výzkumník může srovnat míru účinku, kterou

spočítal, s mírami účinku zjištěnými předchozími výzkumy jen tehdy, když jsou dostupné výpočty skutečně důvěryhodné a reprezentativní tak, aby bylo možné je smysluplně integrovat do nového výzkumu. Míru účinku je ale i tak možné diskrétně zkusit způsobem, kterým jsou vlastní data sebrána, analyzována a publikována (Schäfer & Schwarz, 2019). Cohenovo doporučení je v současné situaci tzv. replikační krize obtížné a podle některých názorů až nemožné (např. Schäfer & Schwarz, 2019, Alexander et al., 2012) naplnit.

4.1.3 Míra účinku v metastudiích

Ještě jednou se již s o něco lepším pochopením smyslu a významu některých proměnných, ukazatele „míra účinku“ vrátíme k již provedeným výzkumům optikou změn po skončení terapie.

Podle metaanalýzy publikované v roce 2006 v Cochrane Library (impakt faktor v roce 2006 byl 5,1), kterou provedli Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely (in Shedler, 2010), a která zahrnovala 23 studií zahrnujících 1431 lidí, došlo z dlouhodobého hlediska k pozoruhodnému zlepšení ve skupinách lidí, kteří podstoupili krátkodobou psychodynamickou psychoterapii oproti kontrolním skupinám. Studie porovnávala pacienty s běžnými duševními poruchami, kteří prošli krátkodobou (do 40 hodin) psychodynamickou psychoterapií, s kontrolní skupinou (kontrolní skupina měla několik variací: čekací list, minimální léčba či „léčba jako obvykle“). U pacientů, kteří prošli krátkodobou psychodynamickou psychoterapií, byla zaznamenána míra účinku 0,97 pro všeobecné zlepšení příznaků. Míra účinku se zvýšila na 1,51 při opětovném posouzení s velkým časovým odstupem (devět měsíců) po ukončení terapie. Metaanalýza rovněž zaznamenala míru účinku 0,81 u změny somatických symptomů, která stoupla až na 2,21 při opětovném posouzení s velkým časovým odstupem; míru účinku 1,08 pro změnu v hodnocení úzkosti, která stoupla na 1,35 při opětovném posouzení s velkým časovým odstupem, míru účinku 0,59 pro změnu depresivních symptomů, která stoupla na 0,98 při opětovném posouzení s velkým časovým odstupem (in Shedler, 2010). Konzistentní trend směrem k větším mírám účinku tak podle Shedlera (2010) implikuje, že psychodynamická terapie u pacientů rozpojuje vnitřní procesy, které vedou k další pokračující změně. Výsledky nebyly statisticky významné v krátkém a střednědobém horizontu (3-6 měsíců), ale byly statisticky významné v dlouhodobém horizontu (9 měsíců) (Abbass et al., 2014).

Vývoj závažnosti symptomů rok po ukončení terapie (13 psychodynamicky orientovaných sezení) a mírný nárůst ES potvrdil Leichesering (in Blažková, 2011).

Metaanalýza, kterou publikovali v roce 2004 v *Archives of General Psychiatry* autoři Leichsenring, Rabung, & Leibing, zahrnula 17 znárodných klinických studií krátkodobé psychodynamické psychoterapie (průměrně 21 sezení) a našla míru účinku 1,17 v porovnání s kontrolní skupinou. Míra účinku při porovnání experimentální skupiny před zahájením léčby a po jejím ukončení byla 1,39. Tato míra účinku stoupla na 1,57 při opětovném posouzení s dlouhým časovým odstupem, v tomto případě šlo o 13 měsíců od ukončení terapie (in Shedler, 2010).

Níže je tabulka shrnující vybrané metaanalýzy vztahující se k míře efektu medikace, všeobecné psychoterapie, KBT a příbuzných terapií a konečně i psychodynamických psychoterapií v léčbě (Shedler, 2010). Tabulka je převzata z článku *The efficacy of psychodynamic psychotherapy* Johnatana Shedlera; vzhledem k množství sekundárních citací v tabulce na jejich zdroj odkazujeme touto cestou.

Obrázek 1: Ilustrativní tabulka míry účinku z metaanalýz studií výsledků výzkumů (Shedler, 2010)

Table 1
Illustrative Effect Sizes From Meta-Analyses of Treatment Outcome Studies

| Treatment type and reference | Description | Effect size | N of studies or meta-analyses |
|----------------------------------|--|-------------------|-------------------------------|
| General psychotherapy | | | |
| Smith et al. (1980) | Various therapies and disorders | 0.85 | 475 studies |
| Lipsey & Wilson (1993) | Various therapies and disorders | 0.75 ^a | 18 meta-analyses |
| Robinson et al. (1990) | Various therapies for depression | 0.73 | 37 studies |
| CBT and related therapies | | | |
| Lipsey & Wilson (1993) | CBT and behavior therapy, various disorders | 0.62 ^b | 23 meta-analyses |
| Haby et al. (2006) | CBT for depression, panic, and generalized anxiety | 0.68 | 33 studies |
| Churchill et al. (2001) | CBT for depression | 1.0 | 20 studies |
| Cuijpers et al. (2007) | Behavioral activation for depression | 0.87 | 16 studies |
| Öst (2008) | Dialectical behavior therapy, primarily for borderline personality disorder | 0.58 | 13 studies |
| Antidepressant medication | | | |
| Turner et al. (2008) | FDA-registered studies of antidepressants approved between 1987 and 2004 | 0.31 | 74 studies |
| Moncrieff et al. (2004) | Tricyclic antidepressants versus active placebo | 0.17 | 9 studies |
| Psychodynamic therapy | | | |
| Abbass et al. (2006) | Various disorders, general symptom improvement | 0.97 | 12 studies |
| Leichsenring et al. (2004) | Various disorders, change in target problems | 1.17 | 7 studies |
| Anderson & Lambert (1995) | Various disorders and outcomes | 0.85 | 9 studies |
| Abbass et al. (2009) | Somatic disorders, change in general psychiatric symptoms | 0.69 | 8 studies |
| Messer & Abbass (in press) | Personality disorders, general symptom improvement | 0.91 | 7 studies |
| Leichsenring & Leibing (2003) | Personality disorders, pretreatment to posttreatment | 1.46 ^c | 14 studies |
| Leichsenring & Rabung (2008) | Long-term psychodynamic therapy vs. shorter term therapies for complex mental disorders, overall outcome | 1.8 | 7 studies |
| de Maat et al. (2009) | Long-term psychoanalytic therapy, pretreatment to posttreatment | 0.78 ^c | 10 studies |

^a Median effect size across 18 meta-analyses (from Lipsey & Wilson, 1993, Table 1.1). ^b Median effect size across 23 meta-analyses (from Lipsey & Wilson, 1993, Table 1.2). ^c Pretreatment to posttreatment (within-group) comparison.

4.2 Klinicky významná změna

Statistický test přináší informaci o tom, jestli je změna náhodná nebo ne. Míra účinku změnu kvantifikuje. Klinická významnost změny nám pak řekne něco o tom, jak se pacient posouvá na pásnu zdraví (Hořejš, 2008).

Klinicky významnou změnu můžeme určit řadou způsobů, například prostřednictvím standardizovaných dotazníků s jasně vymezenými hranicemi pro klinickou populaci nebo prostřednictvím tzv. koeficientu klinické významnosti CSI. Pokud dokážeme určit klinicky a statisticky významnou změnu, můžeme využít dvoustupňový proces, který statistickou a klinickou významnost spojuje (Hořejš, 2008). V empirické části této práce se vzhledem k požadovanému rozsahu práce budeme zabývat již jen statistickou významností změn.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A METODOLOGIE

V této části práce se budeme zabývat analýzou účinnosti léčby v Denním sanatoriu Horní Palata (jinde v tomto textu i „DSHP“). Cílem této části práce je tedy zjistit, v jakých sledovaných proměnných dochází ke změnám a v jakých sledovaných proměnných dochází k největšímu zlepšení. Jak jsme již předešleli v teoretické části, zajímá nás především změna samotná, její statistická významnost a míra účinku.

5.1 Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu je zjistit, zda lze u pacientů DSHP detekovat změnu v klíčových proměnných – životní spokojenosti, závažnosti symptomů, a v patnácti proměnných sledovaných škál MMPI – po terapii (T2) oproti stavu před nastoupením léčby (T1). Zároveň nás zajímalo, zda se tato případná změna udrží i po dobu tří měsíců po ukončení terapie (T3). Za tímto účelem jsme si položili dvě hlavní výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka 1: Jak se měnily hodnoty sledovaných proměnných v čase, tj. před nástupem do terapie (T1), těsně po jejím ukončení (T2) a tři měsíce po jejím ukončení (T3)?
- Výzkumná otázka 2: V jaké z pozorovaných proměnných došlo k nejvýraznější změně?

Z hlediska Výzkumné otázky 1 jsme tedy testovali především následující hypotézy:

H1: U pacientů DSHP existuje rozdíl ve sledované proměnné DŽS SUM mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3).

H2: U pacientů DSHP existuje rozdíl ve sledované proměnné SCL GSI mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3).

Co se týče celkem 15 škál MMPI-2, zde jsme pro každou z nich chtěli zjistit, zda u ní existuje rozdíl mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3), tj. pro každou ze škál jsme

testovali hypotézu „U pacientů DSHP existuje rozdíl v této škále mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3).“ (Více v kapitole Analýza dat.)

Pro Výzkumnou otázku 2 nejsou formulovány samostatné hypotézy, nicméně budou porovnávány míry účinku nalezených změn u jednotlivých proměnných.

5.2 Typ výzkumu

Řešený výzkum je naturalistickou studií. Denní sanatorium Horní Palata je nejstarším pražským psychotherapeutickým pracovištěm. Běží zde vždy dva paralelní denní stacionáře v sedmítýdenních cyklech, psychiatrické a psychologické ambulance, podvečerní skupinové terapie, klub bývalých pacientů, rodinná a párová terapie. Léčba je zasazena do rámce psychoanalytického modelu uvažování (Forman, 2017). Psychoanalytický model uvažování byl i důvodem, proč jsem sanatorium oslovila v souvislosti s přípravou bakalářské práce.

Při výzkumu jsem se opírala o archivní data z let 2017 a 2018. Ve výzkumu analyzujeme data z několika dotazníků – MMPI-2, SCL-90 a DŽS; předmětné testové metody jsou popsány dále v této práci. Dotazníky jsou pacienti DSHP vyplněny před zahájením léčby, pak na konci léčby a konečně někteří pacienti dobrovolně vyplňují dotazníky i tři měsíce po ukončení léčby. Na tuto skupinu pacientů se soustředí i náš výzkum; pacienti, kteří třetí dotazník již nevyplnili, nebyli do výzkumu zařazeni.

5.3 Testové metody

Níže podrobněji popíšeme testové metody, které jsou ve výzkumu použity.

5.3.1 Dotazník životní spokojenosti (DŽP)

Dotazník životní spokojenosti byl vyvinut v roce 2000 v Německu, jeho autory jsou Jochen Fahrenberg, Michael Myrtek, Jörg Schumacher a Elmar Brähler. Do češtiny byl dotazník přeložen v roce 2001 Tomášem Rodným a Kateřinou Rodnou. Slouží jako nástroj, který postihuje individuální obraz celkové životní spokojenosti a diferencuje přitom do deseti oblastí po sedmi položkách (tj. sedmdesát položek): zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita, známí-přátelé-příbuzní, bydlení, celková životní spokojenost a také vztah k dětem, práce a povolání, manželství a partnerství. Celková životní spokojenost je pak určena škálou SUM, která je vypočtena z prvních sedmi škál uvedených v předchozí

věť a popsány níže v Tabulce 1. Hodnoty škál vztah k dětem, práce a povolání, manželství a partnerství byly ponechány stranou, protože se řady osob netýkají (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brähler, 2001). Ve výpočtech v další práci budeme pracovat pouze se škálou SUM a jejími hodnotami. Vyšší hodnota škály SUM odráží vyšší spokojenost.

Tabulka 1¹- Škály Dotazníku životní spokojenosti a jejich stručný popis

| Název škály | Zkratka | Popis škály (Blažková, 2011; Fahrenberg et al., 2001) |
|-----------------------------|---------|---|
| Sexualita | SEX | Škála sleduje hodnocení vlastní fyzické atraktivity respondenty. |
| Finanční situace | FIN | Škála sleduje spokojenost respondenta se svým příjmem, majetkem a životním standardem. |
| Zdraví | ZDR | Škála sleduje spokojenost respondenta se svým celkovým zdravotním stavem. |
| Přátelé, známí a příbuzní | PZP | Škála sleduje spokojenost respondenta se svými sociálními vztahy. Škála pozitivně hodnotí i sociální podporu, sociálními aktivity, společenskou angažovanost a obecně četnost kontaktů s ostatními lidmi. |
| Vlastní osoba | VLO | Škála sleduje spokojenost osob se svým vzhledem, svými schopnostmi, charakterem, svou vitalitou a sebevědomím. |
| Volný čas | VLC | Škála sleduje především to, nakolik je respondent spokojen s délkou a kvalitou volného času a dovolené. |
| Bydlení | BYD | Škála sleduje spokojenost osoby se svými bytovými podmínkami. |
| Celková životní spokojenost | SUM | Tato souhrnná škála zahrnuje výše uvedené škály Sexualita, Finanční situace, Zdraví, Přátelé, známí a příbuzní, Vlastní osoba, Volný čas a Bydlení. |

Dotazování líčí aktuální stav, ale některé položky obsahují i retrospektivní a prospektivní optiku. DŽS lze použít opakovaně pro postižení změn, podle autorů manuálu se ale vztahuje spíše na stav, ne tolik na změnu vztahu k něčemu. Škálové hodnoty DŽS reprezentují sebeposouzení osob v subjektivním bilancování různých zkušeností a hodnocení. Odpovědi v DŽS jsou, stejně jako v jiných dotaznících, zfalšovatelé, tj. závislé na aktuálních tendencích k určitým odpovědím a postojům. DŽS by měl být díky větší varianci (položkové i škálové) vhodnější k zachycení změn životní spokojenosti spíše než jednodimenzionální škály. Cronbachovo alfa se pohybuje mezi 0,82 a 0,94 (Fahrenberg et al., 2001).

5.3.2 Symptom Check List – 90 R (SCL-90-R)

Symptom Check List (jinde v tomto textu i jen jako „SCL-90“ či „SCL“) je inventář, který slouží ke sledování psychopatologických symptomů ambulantních pacientů, původně

¹ Jako popis jednotlivých škál byly v této práci využity pouze texty, které byly uvedeny nejen v manuálu k testové metodě, ale které byly současně zveřejněny v jiných, veřejně přístupných diplomových pracích. Z opatrnosti jsme ale sáhli k co možná stručnému popisu.

vyvinutý jako užitečný nástroj ověření účinnosti psychofarmak. Jeho autory jsou L.R. Derogatis, R. S. Lipman a L. Covi. Inventář obsahuje celkem 90 položek, ve kterých respondenti na předtištěném formuláři na pětibodové Likertově škále označují, jaké symptomy je v posledních dnech obtěžují nebo jaké se u nich aktuálně vyskytují příznaky vyjádřené položkami v dotazníku: 0 (vůbec ne), 1 (trochu), 2 (středně), 3 (silně), 4 (velmi silně). Položky dotazníku mapují devět základních škál, kterými jsou: somatizace, obsesivně-kompulzivní příznaky, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobie, paranoidní myšlenky a psychoticismus (Blažková, 2011). Tři globální indexy pak posuzují způsob, jakým respondent odpovídá. Určitá míra zátěže je normální, i zátěž zdravých jedinců je nenulová. Nástroj je vhodný k popisu vývoje potíží. V našem výzkumu se budeme zabývat pouze škálou GSI (Global Severity Index).

Tabulka 2: Škál GSI SCL-90 a její stručný popis

| Název škály | Zkratka | Popis škály (Pulkrabková, 2020) |
|-----------------------|---------|---|
| Global Severity Index | GSI | GSI je určen z průměrného skóru všech devadesáti položek SCL a tak vypovídá o intenzitě zátěže ve vztahu ke všem položkám inventáře. GSI je podle Bieščada a Szeliga citlivým ukazatelem klinického stavu vhodným pro opakovaná měření v rámci sledování stavu pacientů (in Pulkrabková, 2020). Ze všech škál SCL je nejvhodnějším ukazatelem aktuálního rozsahu celkové psychické zátěže. Vyšší skór odráží vyšší zátěž. |

Autoři manuálu doporučují při sledování změn sledovat právě nejdříve hodnoty GSI, protože zde se uplatňuje vysoká spolehlivost celé škály (Cronbachovo alfa = 0,946). Pokud je změna v hrubém skóru mezi testem před intervencí a po ní větší než $\pm 0,18$, pak je změna statisticky signifikantní (Pulkrabková, 2020).

Jak jsme již diskutovali v kapitole 4.2, statisticky významná změna není vždy významná z klinického pohledu. Autoři manuálu uvádějí, že za klinicky významnou změnu lze považovat především zmírnění, resp. vymizení symptomů. Z hlediska skóru GSI pak za hraniční hodnotu (cut-off) u mužských klientů psychotherapeutického stacionáře při měření považují $c = 0,67$; klienty, jejichž skór se nachází pod touto hodnotou, lze považovat za „pseudo-zdravé“. Pro ženy, klientky psychotherapeutického semináře, to musí být $c = 0,79$. Pro klienty bez ohledu na pohlaví autoři manuálu určují hodnotu cut-off skóru $c = 0,75$. Všechny tři hodnoty hrubého skóru, tj. 0,67, 0,79 a 0,75 odpovídají T-skóru cca 60, tj. i tuto hranici můžeme použít jako jednoduché kritérium (Pulkrabková, 2020).

5.3.3 Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI-2)

Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI) je jeden z nejrozšířenějších inventářů a patří k vůbec nejpoužívanějším psychodiagnostickým metodám vůbec. Autoři, S. R. Hathaway a J. C. McKinley uveřejnili test v roce 1940; domnívají se, že sestrojili nástroj k multidimenzionálnímu měření osobnosti pomocí profilů jednotlivých škál. Metoda je deklarována jako „širokospektrý test sloužící ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch“. Od prvního vydání došlo ke zjemnění diagnostických principů a rozvoji metodologie. Díky tomu vznikla i inovovaná verze testu, známá jako MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality-2) (Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013)

Mezi výhody testové metody patří použitelnost v normě i v patologii, široký záběr, česká restandardizace (česká verze byla standardizována na vzorku 650 osob ve věku 18-60 let, s mediánem 31 let, se základním, středním i vysokoškolským vzděláním), použitelnost v normě i v patologii (Svoboda et al., 2013).

Test-retestové koeficienty se pro klinické škály pohybují mezi 0,70 do 0,93 u mužů a u žen mezi 0,54 a 0,92. Koeficienty vnitřní konzistence klinických škál (Cronbachova alfa) se pohybují v intervalu od 0,34 do 0,85 u mužů a od 0,37 do 0,87 u žen. U obsahových a doplňkových škál se test-retestové koeficienty pohybují mezi 0,77 až 0,91 u mužů, respektive 0,78 až 0,91 u žen, a koeficienty vnitřní konzistence od 0,72 (škály O až H) do 0,86 u mužů a 0,34 (škály O až H) do 0,90 u žen. Rozložení hrubých skóre vykazuje výrazné pravostranné zešikmení. Takové zešikmení lze při měření psychopatologie očekávat (Netík, 2002).

Revidovaná verze má 567 položek, z toho bylo 395 položek doslovně převzato z původní verze, 108 je nových, 64 je přeformulovaných původních.

MMPI-2 sestává z následujících škál:

- i) Standardní validizační škály (otazníková škála, která je dána počtem neoznačených odpovědí, L-škála, F-škála a K-škála)
- ii) Standardní klinické škály (Hs – Hypochondrie, D – Deprese, Hy – Konverzní hysterie, Pd – Psychopatická odchylka, Mf – Maskulinita-feminita, Pa – Paranoia, Pt – Psychastenie, Sc – Schizofrenie, Ma – Hypomanie, Si – Sociální Introverze)

- iii) Nové validizační škály (F_{beta} – F-škála pro závěr testu, VRIN – inkonzistence variabilních odpovědí, TRIN – inkonzistence souhlasných odpovědí, F_p – vzácnost – psychopatologie, S – mimořádně pozitivní sebe prezentace)
- iv) Obsahové škály (ANX – Úzkost, FRS – Strachy, OBS – Nutkavost, DEP – Deprese, HEA – Zájem o vlastní zdraví, BIZ – Bizarní psychické aktivity, ANG – Zloba, CYN – Cynismus, ASP – Antisociální chování, TPA – Chování typu A, LSE – Nízká sebeúcta, SOD – Sociální nepohoda, FAM – Problémy v rodině, WRK – Poruchy pracovního výkonu, TRT – Negativní postoje k terapii)
- v) Doplnkové škály.

V našem výzkumu se budeme zabývat níže podrobněji popsány škálami.

Tabulka 3 - Vybrané klinické škály MMPI-2 a jejich stručný popis

| Název škály | Zkratka | Popis škály (Pulkrabková, 2020) |
|---------------------|---------|--|
| Hypochondrie | Hs | Škála sleduje neurotický (tj. nikoli psychotický) zájem o tělesné funkce. |
| Deprese | D | Škála sleduje symptomatickou depresi. |
| Konverzní hysterie | Hy | Škála sleduje, mimo jiné, sklon vyvíjet konverzní symptomy jako prostředek řešení konfliktu. |
| Psychastenie | Pt | Škála sleduje neurotický syndrom psychastenie, tj. mj. schopnost vzdorovat specifickým činnostem či myšlenkám bez ohledu na jejich maladaptivní povahu. |
| Schizofrenie | Sc | Škála sleduje rozmanité položky včetně bizarních kognitivních procesů, a percepce, dále kognitivní, konativní, inhibovanou sebekontrolu. |
| Hypomanie | Ma | Škála pokrývá mírnější stupně manické excitace. |
| Sociální introverze | Si | Škála sleduje dimenzi extroverze - introverze. Vyšší skóre odráží sociální introverzi. Sociální introverti se cítí v nepohodě v sociálních situacích a přednostně se z těchto interakcí stahují. |

Tabulka 4 – Vybrané obsahové škály MMPI-2 a jejich stručný popis

| Název škály | Zkratka | Popis škály (Pulkrabková, 2020) |
|-----------------------------|---------|---|
| Úzkost | Anx | Škála sleduje generalizovanou úzkost. |
| Nutkavost | OBS | Škála sleduje procesy maladaptivní ruminace a obsedantního myšlení. |
| Nízká sebeúcta | LSE | Škála sleduje negativní sebepojetí. |
| Problémy v rodině | FAM | Škála sleduje rodinný soulad a nesoulad. |
| Poruchy pracovního výkonu | WRK | Škála sleduje postoje k práci a k výkonu. |
| Negativní postoje k terapii | TRT | Škála sleduje postoje k přijímání pomoci či problémy při změně chování. |

Tabulka 5 – Vybrané doplňkové škály MMPI-2 a jejich stručný popis

| Název škály | Zkratka | Popis škály (Pulkrabková, 2020) |
|-------------|---------|---|
| Anxieta | A | Škála odráží houževnatost Ega či obecnou maladjustaci. Škála sleduje problémy v procesech myšlení, negativní emocionální ladění |
| Potlačení | R | Škála sleduje omezení zájmu o zdravotní nebo tělesné symptomy, emocionalitu, násilí a aktivitu, reakce na druhé v sociální situaci, sociální dominanci, osobní a profesionální činnost a další. |

6 SBĚR DAT, VÝZKUMNÝ SOUBOR A ETIKA VÝZKUMU

Celkově jsme hodnotili 42 pacientů DSHP, léčených v roce 2017 a 2018. Průměrný věk pacientů v době zahájení léčby byl 40,57 roku, nejmladšímu pacientovi bylo 19 a nejstaršímu 68 let. Ve výzkumném souboru bylo 30 žen a 12 mužů, tj. 71,43% žen a 28,57% mužů. Pacienti byli vybíráni metodou totálního výběru; v rámci konkrétního úseku byli vybráni všichni pacienti, kteří v Denním sanatoriu Horní Palata podstoupili sedmitýdenní léčbu, a vyplnili testy DŽP, SCL-90 a MMPI-2 před zahájením léčby, bezprostředně po jejím ukončení a pak ještě tři měsíce po uplynutí léčby. U některých pacientů nebylo možné sebrat data ze všech tří dotazníků; v takovém případě byla využita data alespoň zčásti.

Denní sanatorium Horní Palata je součástí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Data pacientů nám byla zpřístupněna DSHP. Veškerá data pacientů byla anonymizována. Od DSHP jsme obdrželi písemný souhlas ke zpracování dat za účelem vypracování této práce. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pacienti udělují před zahájením léčby pracovišti Denního sanatoria Horní Palata písemný souhlas s využitím vlastní dokumentace mj. i pro výzkumné účely. Udělení souhlasu mohou pacienti odmítnout a stejně tak pacienti mohou udělený souhlas kdykoli zase odvolat. Výzkumnice nepřišla do přímého kontaktu s pacienty, jejichž data byla v této práci analyzována. Pacientům nebyla za účast ve výzkumu nabídnuta odměna.

6.1 Metody analýzy dat

Ke zpracování dat jsme využili programy Statistica 12, Jamovi a SPSS.

Nejprve byla prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu ověřena normalita rozložení všech proměnných v daných časových bodech (T1, T2, T3). Škála DŽS SUM vykazovala ve všech bodech přibližně normální rozložení ($p > 0,05$). Pro ověření H1 tak bylo přistoupeno k parametrické metodě ANOVA pro opakovaná měření. Jako míra účinku byla použita

parciální éta na druhou. Škála SCL-GSI vykazovala při druhém a třetím měření výrazné pravostranné zešíkmení ($p < 0,05$), proto jsme pro testování H2 využili neparametrickou Friedmanovu ANOVu.

Co se týče H3, jsme si plně vědomi, že nejvhodnější by bylo ověřovat všechny škály MMPI-2 naráz, prostřednictvím metody MANOVA pro opakovaná měření. Jak se ovšem ukázalo při zkoumání rozložení jednotlivých proměnných, řada z nich v některém časovém bodě nevykazovala normální rozložení, a tak jsme se rozhodli přistoupit k neparametrickým testům, konkrétně opět k Friedmanově ANOVě. Abychom omezili riziko kumulace alfa chyby, resp. falešně pozitivních výsledků při vícenásobném testování (testovali jsme celkem 15 škál), každou z příslušných hypotéz pro škály MMPI-2 jsme ověřovali na korigované hladině alfa (dle Bonferroniho) $\alpha = 0,05/15 = 0,003$.

7 VÝSLEDKY

Nejprve začneme prezentací popisných statistik zkoumaných škál ze všech dotazníků ve všech časových bodech. Z dotazníku životní spokojenosti je v této části sledován hrubý skór škály SUM pacientů, tj. škály Celková Životní Spokojenost, z SCL-90 hrubý skór škály GSI, tj. škály Global Severance Index, a z Minnesotského multidimenzionálního osobnostního inventáře to byly škály Hs, D, Hy, Pt, Sc, Ma, Si, Anx, OBS, LSE, FAM, WRK, TRT, R, A. V prvním a druhém měření jsme při zkoumání škály SUM měli k dispozici data 41 pacientů, ve třetím jsme měli pacientů 39. Dotazník SCL-90 i MMPI byly vyplněny 42 pacienty.

Tabulka 4:

| Škály | T1 - Průměr | T1 - SD | T2 - Průměr | T2 - SD | T3 - Průměr | T3 - SD |
|------------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| SCL - GSI | 1,358 | 0,628 | 0,846 | 0,670 | 0,667 | 0,508 |
| DŽS - SUM | 204,659 | 34,091 | 219,268 | 44,563 | 236,667 | 45,621 |
| MMPI - Hs | 62,976 | 14,579 | 62,381 | 11,818 | 58,333 | 12,633 |
| MMPI - D | 75,691 | 17,003 | 69,476 | 14,561 | 67,071 | 16,779 |
| MMPI - Hy | 64,548 | 11,902 | 63,595 | 11,857 | 58,833 | 12,755 |
| MMPI - Pt | 74,929 | 14,683 | 69,548 | 13,223 | 65,595 | 14,438 |
| MMPI - Sc | 67,214 | 16,435 | 63,452 | 13,814 | 61,167 | 14,147 |
| MMPI - Ma | 52,714 | 10,782 | 53,381 | 11,014 | 54,119 | 11,675 |
| MMPI - Si | 69,238 | 14,195 | 64,405 | 16,079 | 63,214 | 16,068 |
| MMPI - Anx | 74,857 | 14,205 | 70,905 | 12,939 | 67,643 | 13,442 |
| MMPI - OBS | 69,333 | 13,621 | 65,762 | 14,038 | 63,905 | 14,585 |
| MMPI - LSE | 76,952 | 19,262 | 70,452 | 19,147 | 68,952 | 19,732 |
| MMPI - FAM | 67,476 | 15,541 | 65,524 | 15,608 | 62,738 | 14,770 |
| MMPI - WRK | 75,905 | 13,461 | 71,905 | 14,320 | 68,786 | 13,741 |
| MMPI - TRT | 65,238 | 12,614 | 60,952 | 13,492 | 60,619 | 14,694 |
| A | 74,714 | 14,317 | 68,762 | 14,932 | 68,071 | 15,040 |
| R | 50,238 | 11,318 | 51,024 | 11,018 | 49,786 | 11,501 |

7.1 Statistická významnost změny a míra účinku

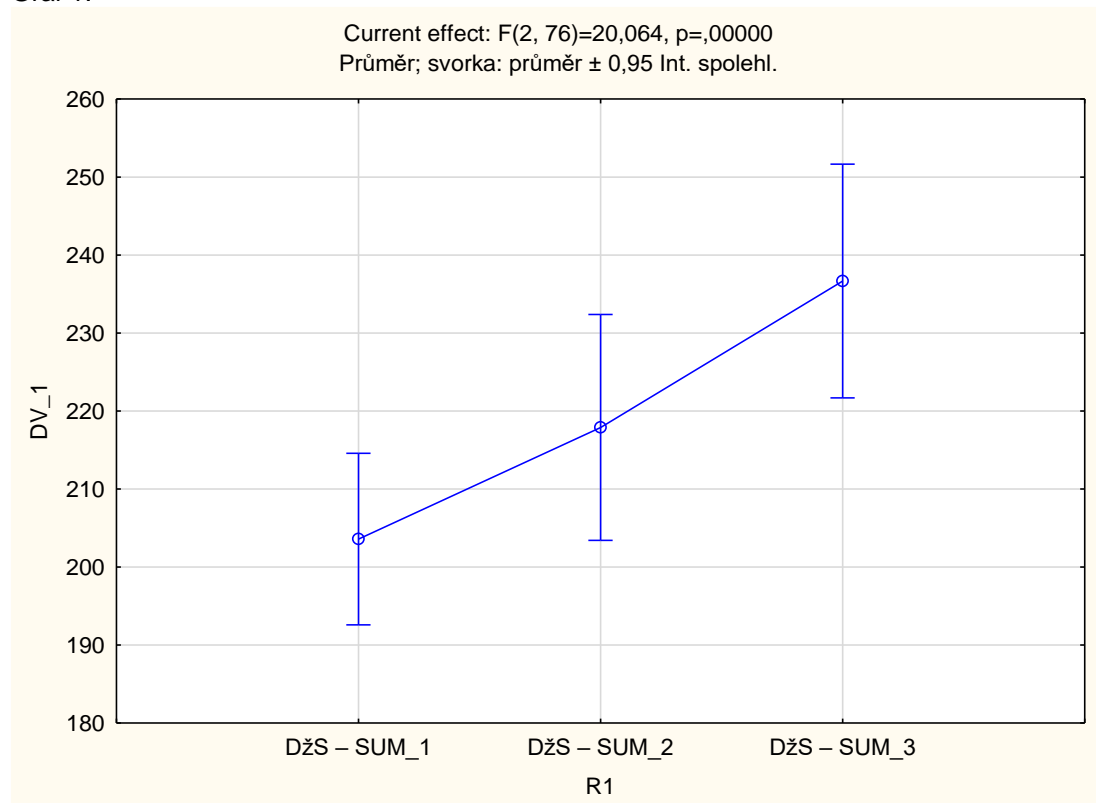
Níže se budeme zabývat statistickou významností změny a mírou účinku jednotlivých sledovaných proměnných.

7.1.1 Dotazník životní spokojenosti: Celková životní spokojenost

Na základě výsledků ($F = 20,064$; $p < 0,001$) **přijímáme H1**: U pacientů DSHP existuje statisticky významný rozdíl v DŽS SUM mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3). Míra účinku je v tomto případě parciální éta na druhou = 0,346.

Na grafu vidíme posun středních hodnot při prvním, druhém a třetím měření škály celkové životní spokojenosti u pacientů Denního sanatoria Horní Palata. Post-hoc testy s Bonferroniho korekcí ukázaly, že se od sebe signifikantně lišilo skóre mezi prvním (T1) a druhým (T2) časovým bodem ($p = 0,006$), a také mezi druhým (T2) a třetím (T3) časovým bodem ($p < 0,001$); lze vidět, že škála SUM roste napříč jednotlivými časovými body (T1, T2, T3).

Graf 1:



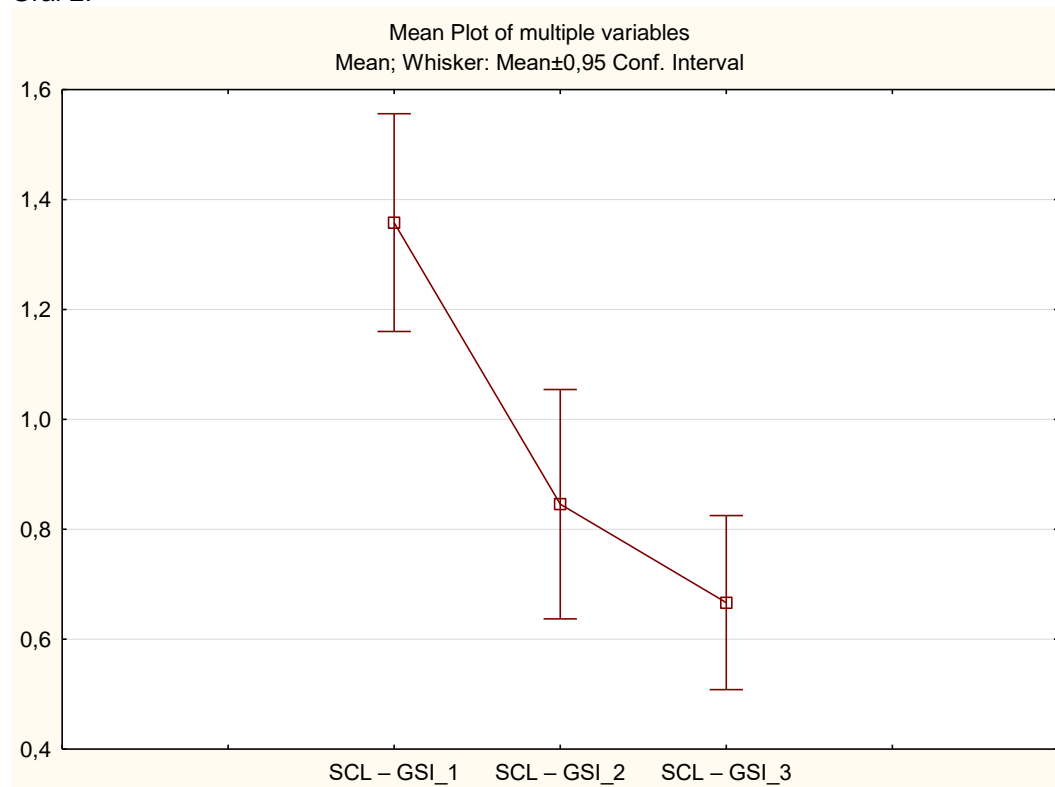
Na grafu vidíme patrný posun průměrných hodnot DŽS SUM žádoucím směrem. Tento posun je statisticky významný.

7.1.2 Symptom check list – Global Severity Index

Z hlediska závažnosti symptomů lze na základě výsledků Friedmanovy ANOVy ($N = 41$; $sv = 2$; $F = 41,033$; $p < 0,001$) **přijmout H2**: U pacientů DSHP existuje rozdíl v SCL GSI mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3). Míra účinku je v tomto případě koeficient konkordance = 0,500.

Post-hoc testy ukázaly, že signifikantně se liší T1 od T2 a T3 ($p < 0,001$). Jak lze vidět z Grafu 2 níže, průměrné skóre GSI (tedy průměrná hodnota globálního indexu psychické zátěže, tj. ukazatele aktuálního rozsahu celkové psychické zátěže) mezi jednotlivými body měření klesá.

Graf 2:



Na Grafu 2 vidíme patrný posun průměrných hodnot SCL-GSI žádoucím směrem. Tento posun je statisticky významný.

7.1.3 MMPI-2

Připomínáme, že testování škál MMPI-2 probíhalo na korigované hladině $\alpha = 0,003$. Na základě výsledků lze říci, že **statisticky významné rozdíly jsme našli u škál Hs, D, Hy, Anx, LSE, WRK a A**. To znamená, že u těchto škál existuje statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3).

Na škálách Pt, Sc, Ma, Si, OBS, FAM, TRT, R mezi jednotlivými body sběru dat (T1, T2, T3) statisticky významný rozdíl není.

Tabulka 5:

| Škála MMPI | T1 | | T2 | | T3 | | Friedmanova ANOVA | | |
|------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-------------------|-----------|-------------|
| | Průměr T1 | SD | Průměr T2 | SD | Průměr T3 | SD | Testové krit. | P-hodnota | Míra účinku |
| Hs | 62,976 | 14,756 | 62,380 | 11,818 | 58,333 | 12,633 | 14,00 | < 0,001 | 0,167 |
| D | 76,952 | 14,725 | 69,476 | 14,560 | 67,071 | 16,779 | 13,09 | 0,001 | 0,157 |
| Hy | 64,548 | 11,902 | 63,595 | 11,857 | 58,833 | 12,755 | 11,89 | 0,002 | 0,142 |
| Pt | 74,929 | 14,682 | 69,548 | 13,223 | 65,595 | 14,438 | 9,748 | 0,008 | 0,116 |
| Sc | 67,215 | 16,435 | 63,452 | 13,814 | 61,167 | 14,147 | 4,012 | 0,135 | 0,048 |
| Ma | 52,714 | 10,782 | 53,381 | 11,014 | 54,119 | 11,675 | 1,938 | 0,380 | 0,023 |
| Si | 69,238 | 14,195 | 64,405 | 16,079 | 63,214 | 16,068 | 10,223 | 0,006 | 0,122 |
| Anx | 74,857 | 14,205 | 70,905 | 12,939 | 67,643 | 13,441 | 15,962 | < 0,001 | 0,190 |
| OBS | 69,333 | 13,621 | 65,762 | 14,038 | 63,905 | 14,585 | 7,355 | 0,025 | 0,088 |
| LSE | 76,952 | 19,261 | 70,452 | 19,148 | 68,952 | 19,732 | 12,570 | 0,002 | 0,150 |
| FAM | 67,476 | 15,541 | 65,524 | 15,608 | 62,738 | 14,770 | 2,626 | 0,269 | 0,031 |
| WRK | 75,905 | 13,461 | 71,905 | 14,320 | 68,786 | 13,741 | 14,633 | 0,001 | 0,174 |
| TRT | 65,238 | 12,613 | 60,952 | 13,492 | 60,619 | 14,693 | 7,098 | 0,029 | 0,085 |
| A | 74,714 | 14,317 | 68,761 | 14,932 | 68,071 | 15,040 | 11,711 | 0,003 | 0,139 |
| R | 50,238 | 11,318 | 51,024 | 11,018 | 49,785 | 11,501 | 0,815 | 0,665 | 0,009 |

Pozn: Hodnoty v tabulce jsou vypočítané statistickým testem Friedmanova ANOVA, kde $N = 42$, $sv = 2$, míra účinku je v tomto případě koeficient konkordance. Zaokrouhleno na tři desetinná místa.

Tabulka 6 představuje výsledky post-hoc testů, tedy změnu v jednotlivých škálách mezi T1 a T2, změnu mezi T2 a T3, a změnu mezi T1 a T3. Post-hoc testy jsou vypočítány pouze

pro škály, které v globálním testu vyšly jako statisticky významné. Barevně jsou v tabulce označeny hodnoty statisticky významné na hladině $\alpha = 0,05$ (zde korekci alfa hladiny nepoužíváme).

Tabulka 6:

| Škála MMPI | Post-hoc test T1 vs. T2 | | Post-hoc test T2 vs. T3 | | Post-hoc test T1 vs. T3 | |
|------------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| | Test. krit. | P-hodnota | Test. krit. | P-hodnota | Test. krit. | P-hodnota |
| Hs | 0,06 | 0,952 | 3,54 | <0,001 | 2,88 | 0,006 |
| D | 2,86 | 0,005 | 0,085 | 0,397 | 3,13 | 0,003 |
| Hy | 0,88 | 0,380 | 22,65 | 0,010 | 2,64 | 0,012 |
| Anx | 2,29 | 0,025 | 2,1 | 0,039 | 3,58 | <0,001 |
| LSE | 1,99 | 0,05 | 1,81 | 0,074 | 3,89 | <0,001 |
| WRK | 2,08 | 0,041 | 2,08 | 0,041 | 3,23 | 0,002 |
| A | 2,93 | 0,004 | 0,42 | 0,677 | 3,4 | 0,001 |

Nejvyšší míru účinku vykazovala škála GSI inventáře SCL-90 s hodnotou koeficientu konkordance = 0,500. U GSI byla splněna podmínka statisticky signifikantní změny, tj. posun o 0,18 bodu a v T3 byl dokonce snížen globální průměr skupiny pod cut-off skóre – tj. 0,75 jako hranice skóru „zdravé“ smíšené skupiny.

Následovala škála SUM dotazníku DŽS s hodnotou míry účinku parciální éta na druhou = 0,346. Míra účinku – koeficient konkordance - u škál z inventáře MMPI-2 byla v seřazení podle velikosti následující: Anx = 0,190, WRK = 0,174, Hs = 0,167, D = 0,157, LSE = 0,150 a A = 139.

8 DISKUZE

Výsledky analýzy sebraných dat potvrzují, že po sedmitýdenním terapeutickém programu stacionáře došlo u klientů ke zlepšení v průměrné hodnotě škály SUM dotazníku DŽS, škály GSI inventáře SCL-90 a u některých vybraných škál MMPI-2, konkrétně u škál Hs, D, Anx, LSE, WRK a A. Tato změna je statisticky významná. I na všech ostatních škálách byl vidět zřetelný trend poklesu hodnot, změna ale nebyla statisticky významná zřejmě kvůli malému vzorku pacientů, potažmo kvůli některým extrémním hodnotám ve studii². Zajímavá situace nastala kupříkladu ve škále Sc: průměr hodnot Sc klesá o 6 bodů, ale kvůli dvěma extrémním pozorováním (jeden pacient s hodnotou v čase T1 = 108, druhý pacient s hodnotou v čase T1 = 29), má vysoký průměr a díky vysokým rozptylům se změny ukázaly jako nevýznamné ($p = 0,135$). Vzhledem k malému vzorku ($N = 42$) došlo zřejmě k chybě druhého druhu.

Z grafů pro hodnoty vybraných škál DŽS a SCL-90, jakož i tabulky hodnot vybraných škál MMPI, je patrný nastoupený trend, který v psychoterapii pokládáme za žádoucí: rostou průměrné hodnoty SUM dotazníku životní spokojenosti, průměrné hodnoty GSI inventáře SCL-90 klesají, zrovna tak se žádoucím směrem pohybují hodnoty MMPI. Zajímavý je pokles průměrných hodnot sledovaných škál i ve střednědobém (tj. tříměsíčním) horizontu po ukončení terapie. Tento trend je na grafu 1, 2 a v tabulce 5 a 6 patrný i po ukončení léčby v Denním sanatoriu Horní Palata. To odpovídá premise diskutované v teoretické části této práce, tj. tomu, že efekt psychodynamické psychoterapie může pokračovat a růst i po jejím skončení (Shedler, 2010).

Míra účinku byla u sledované škály GSI SCL-90, který je v souvislosti hodnocení účinnosti psychoterapie asi nejvhodnější, byla 0,5; pokud tedy použijeme mechanickou interpretaci načrtnutou v článku 4 teoretické části této práce, jedná se o střední účinek. Průměrný hrubý skóre GSI v čase T3 odpovídá T-skóru okolo 60, a podkročil cut-off skóre zdravé populace (Pulkrabková, 2020). Tato míra účinku byla zároveň největší ze

² Pro vysvětlenou: původní plánované N se blížilo číslu 100 a totálnímu výběru všech pacientů, kteří prošli trojím testováním v Senním sanatoriu Horní Palata v průběhu tří let; kvůli zásahu vyšší moci pandemií covid-19 a souvisejícím překážkám na straně výzkumnice byl rozsah zkoumaného souboru zmenšen.

sledovaných hodnot míry účinku. V průměrné hodnotě sledované škály GSI tedy došlo k největší změně.

Jsme si vědomi toho, že tyto výsledky mohly být ovlivněny řadou proměnných.

Nevýhody naturalistických studií jsme popsali již v teoretické části této práce. I v tomto případě tedy z povahy výzkumu zákonitě chyběla kontrolní skupina, se kterou bychom mohli výslednou účinnost terapie srovnat (Timuřák, 2005). Výběr pacientů ve výzkumné souboru nebyl náhodný, protože DSHP přijímá do péče ty pacienty, pro které je léčba poskytovaná sanatoriem vhodná, a přirozeně nebyla ani zajištěna homogenita výzkumného souboru.

Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti, kteří po léčbě do Denního sanatoria Horní Palata dobrovolně přišli vyplnit třetí sadu testů MMPI-2, DŽS, SCL-90. Předpokládáme, že šlo o pacienty nějakým způsobem motivované, ochotné zařízení pomoci, dát osobě vědět nebo ochotné se vrátit, aby se alespoň při vyplnění dotazníků ještě setkali se svými spolupacienty. Takový postoj mohl ovlivnit i výsledky v dotaznících. Mohlo by být zajímavé zaměřit se v dalších výzkumech na rozdíly mezi touto skupinou a ostatními pacienty. Pro náš výzkum to znamená, že výsledek mohl být, pravděpodobně pozitivně, zkreslen proměnnými na straně pacientů.

Zrovna tak mohl být výsledek naopak negativně zkreslen dalšími proměnnými diskutovanými v teoretické části práce: například truchlením či regresem pacientů v souvislosti s ukončením terapie (ten by se zřejmě projevil především v měření v čase T2), nebo návratem do prostředí, kterému se pacient pro dobu léčby vzdálil (to by mohlo zasáhnout měření T2 i T3) (Holmes, 2010, Yalom & Leszcz, 2016).

Výsledky testů mohly být ovlivněny i výraznými životními událostmi během léčby pacientů (o těch nemáme žádné informace) nebo regresem k průměru.

Další významnou proměnnou, která mohla ovlivnit výsledky výzkumu, může být skutečnost, že velká část pacientů Denního sanatoria Horní Palata užívá psychofarmaka; na druhou stranu změny farmak v průběhu léčby nejsou časté, i když nejsou vyloučené (Hořejš, 2008).

Neměli bychom přehlédnout ani skutečnost, že s léčbou v Denním sanatoriu Horní Palata úzce souvisí i další významné situační proměnné: komunitní uspořádání a další doplňkové terapeutické programy, rámec léčby. Nosným rámcem léčby je pravidelná struktura programu, povinnost pacientů účastnit všech programů a dodržovat obecné zásady

psychoterapie, na které pacient přistoupil v psychoterapeutické smlouvě (Forman, 2017). Takové proměnné zvyšují účinnost psychoterapie (např. Forman, 2017, Kratochvíl, 2009).

V navazující práci by mohlo být nosné zabývat se vzájemnými kombinacemi situačních proměnných a proměnných v pacientovi, a pokusit se pomocí dostupných dat a testových metod definovat charakteristiky pacientů, kterým léčba pomáhá nejvíce, a pacientů, kterým léčba neprospívá. Zajímavé by bylo i zkoumání změn ve sledovaných proměnných ještě s větším časovým odstupem, tj. v horizontu devíti měsíců a více a případně i to, v čem se liší pacienti, kteří jsou ochotni přijít vyplnit třetí sérii dotazníků, od pacientů, kteří se rozhodnou jinak.

Pokud jsme v teoretické části této práce našli argumenty pro to, aby z terapie více benefitovali pacienti s neurotickým fungováním, pak by mohlo být zajímavé zabývat se prediktory výsledku terapie takových pacientů pomocí MMPI-2 jako osobnostního inventáře, tj. metody, která měří relativně stálé charakteristiky (Michael et al., 2009).

9 ZÁVĚR

V této práci jsme se zabývali analýzou účinnosti léčby v Denním sanatoriu Horní Palata. Zjistili jsme, jak se měnily hodnoty sledovaných proměnných v čase, tj. před nástupem do léčby, těsně po ukončení léčby a tři měsíce po ukončení léčby.

Zjistili jsme statisticky významný rozdíl ve sledovaných proměnných, tj. škály SUM dotazníku DŽP, škály GSI inventáře SCL-90 - GSI a některých vybraných škál MMPI-2, konkrétně škál Hs, D, Anx, LSE, WRK a A. Zjistili jsme, že k nejvýraznější změně došlo ve sledované proměnné GSI metody SCL-90.

Zaznamenali jsme změny průměrné hodnoty sledovaných proměnných i tři měsíce po ukončení léčby v Denním sanatoriu Horní Palata. U všech sledovaných proměnných jsme zaznamenali změnu v žádoucím směru. Ne vždy jsme tuto změnu mohli ohodnotit jako změnu statisticky významnou, a to zřejmě díky malému rozsahu výzkumného souboru a tedy i chybě II. druhu.

10 SOUHRN

Cílem kvantitativního výzkumu uvedeného v této práci bylo zjistit, zda se prokážou u pacientů Denního sanatoria Horní Palata změny založené sedmítýdenní skupinovou psychodynamickou psychoterapií. Analyzovali jsme dokumenty pacientů, kteří v Denním sanatoriu Horní Palata podstoupili sedmítýdenní léčbu, a kteří vyplnili testy DŽP, SCL-90 a MMPI-2 před zahájením léčby, bezprostředně po jejím ukončení a pak ještě tři měsíce po uplynutí léčby.

V bakalářské diplomové práci jsme vycházeli z toho, že psychoterapie je účinná a že pacientům prospívá nejen viditelně, ale i měřitelně. V teoretické části jsme se proto zabývali možnostmi, jak výzkumu rozumět a jak k němu přistupovat. Ukázalo se, že i když jsou RCT studie metodologicky elegantní, mohou být těžkopádné z klinického pohledu, a že ani na míru účinku nemůžeme pohlížet nekriticky. Zabývali jsme se vybranými proměnnými, které by mohly výsledky výzkumu psychoterapie pozitivně či negativně ovlivnit. Zvláštní pozornost jsme věnovali času a psychodynamické psychoterapii jako druhu situační proměnné. Věnovali jsme se trvání a růstu zisků z léčby v krátkodobém, střednědobém i v dlouhodobém horizontu po ukončení psychoterapie.

Mezi naše východiska patřilo i to, že terapie by měla pacienty měnit, tj. měla by se projevit v závažnosti symptomů. Pokud se ale projeví v závažnosti symptomů, pak se možná odrazí i v životní spokojenosti. A pokud se u pacienta změní závažnost symptomů a životní spokojenost, pak možná zahlédneme odrazy těchto změn i v diagnostických výsledcích osobnosti jako takové.

Výsledky analýzy sebraných dat nám potvrdily, že po sedmítýdenním terapeutickém programu stacionáře došlo u pacientů ke zlepšení v průměrné hodnotě na symptomy zaměřené škály GSI inventáře SCL-90, u souhrnné škály SUM dotazníku DŽP, a u některých vybraných škál MMPI-2, konkrétně u škál Hs, D (zaměřené na symptomatickou depresi), Anx, LSE, WRK a A.

Z grafů pro hodnoty vybraných škál DŽP a SCL-90, jakož i tabulky hodnot vybraných škál MMPI byl patrný nastoupený trend, který v psychoterapii pokládáme za žádoucí: vzrostla

průměrná hodnota škály SUM dotazníku životní spokojenosti, průměrné hodnota škály GSI inventáře SCL-90 klesla, zrovna tak se žádoucím směrem pohybovaly hodnoty MMPI. Zajímavý byl další posun průměrných hodnot sledovaných škál i ve střednědobém (tj. tříměsíčním) horizontu po ukončení terapie. To odpovídá premise diskutované v teoretické části této práce, tj. tomu, že efekt psychodynamické psychoterapie může pokračovat a růst i po jejím skončení.

11 LITERATURA

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ... Crowe, E. (2014, July 1). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2014, pp. 1–88. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Alexander, A., Barnett-Cowan, M., Bartmess, E., Bosco, F. A., Brandt, M., Carp, J., ... Vianello, M. (2012). An open, large-scale, collaborative effort to estimate the reproducibility of psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 657–660. <https://doi.org/10.1177/1745691612462588>
- Beutel, M. E., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B., & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychotherapy Research*, 14(2), 146–160. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph014>
- Black, M. J., & Mitchell, S. A. (1999). *Freud a po Freudovi*. Triton.
- Blažková, M. (2011). *Výzkum efektu psychodynamické skupinové psychoterapie*. Masarykova Univerzita.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and Why Are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects*. Získáno z <https://www.apa.org/pubs/books/4316178?tab=1>
- Dostál, D. (n.d.). *Statistické metody v psychologii* (p. 228). p. 228.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti - DŽS* (1st ed.). Získáno z <http://aleph.nkp.cz/publ/skc/003/75/77/003757768.htm>
- Forman, H. (2017). Denní sanatorium pro léčbu neuróz Horní Palata. Retrieved October 26, 2020, from <http://psychoanalyzadnes.cz/2017/01/30/denni-sanatorium-pro-lecbu-neuroz-horni-palata/>

- Gazzillo, F., Schimmenti, A., Formica, I., Simonelli, A., & Salvatore, S. (2017). Effectiveness is the gold standard of clinical research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(2), 153–155. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.278>
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod zpracování dat* (4th ed.). Praha: Portál.
- Holmes, J. (2010). Termination in Psychoanalytic Psychotherapy: an Attachment Perspective | European Journal of Psychoanalysis. Retrieved March 20, 2021, from European Journal of Psychoanalysis website: <https://www.journal-psychoanalysis.eu/termination-in-psychoanalytic-psychotherapy-an-attachment-perspective-2/>
- Hořejš, N. (2008). *Metody a výsledky výzkumu efektu psychoterapie*. Filozofická fakulta Karlovy Univerzity.
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L., & Paolitto, F. (1990). Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: II. Development of the self-analytic function. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(3), 637–654. <https://doi.org/10.1177/000306519003800305>
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L., Paolitto, F., Sashin, J., & Solomon, L. (1987a). Changes in the Level and Quality of Object Relations in Psychoanalysis: Followup of A Longitudinal, Prospective Study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35(1), 23–46. <https://doi.org/10.1177/000306518703500102>
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L., Paolitto, F., Sashin, J., & Solomon, L. (1987b). The Role of Reality Testing in Psychoanalysis: Followup of 22 Cases. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35(2), 367–385. <https://doi.org/10.1177/000306518703500204>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003, June 18). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, Vol. 289, pp. 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Klein Hofmeijer-Sevink, M., Batelaan, N. M., Van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., Van Den Hout, M. A., & Van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical

- relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.008>
- Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi* (3.). Semily.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kučera, M. (2017). *Pud u Freuda*. Získáno z <https://www.bookport.cz/kniha/pud-u-freuda-5719/>
- Kuchař, J. (2020). Psychoanalýza jako hledání pravdy. Retrieved January 26, 2020, from <http://psychoanalyzadnes.cz/2020/05/21/psychoanalyza-jako-hledani-pravdy/>
- McWilliams, N. (2013). Psychoanalysis and Research: Some Reflections and Opinions. *The Psychoanalytic Review*, 100(6), 919–945. <https://doi.org/10.1521/prev.2013.100.6.919>
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
- Michael, K. D., Furr, R. M., Masters, K. S., Collett, B. R., Spielmans, G. I., Ritter, K., ... Cullum, J. L. (2009). Using the MMPI-2 to predict symptom reduction during psychotherapy in a sample of community outpatients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(3), 157–163. <https://doi.org/10.1007/s10879-008-9109-x>
- Netík, K. (2002). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Příručka*. Praha: Testcentrum.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Nakladatelství Academia. Středisko společných činností AV ČR, v.v.i.
- Pulkrabková, A. (2020). *SCL-90®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard*. Praha: Testcentrum.
- Řiháček, T., & Juhová, D. (2016). Systémy monitorující účinnost psychoterapie v běžné praxi. *Testforum*, 7, 1–13.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings in the stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *International Journal of Psycho-Analysis*, 81(5), 921–942. <https://doi.org/10.1516/0020757001600291>

- Schäfer, T., & Schwarz, M. A. (2019). The Meaningfulness of Effect Sizes in Psychological Research: Differences Between Sub-Disciplines and the Impact of Potential Biases. *Frontiers in Psychology*, *10*(813), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00813>
- Shedler, J. (2010). *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Vaughan, S. C., Marshall, R. D., MacKinnon, R. A., Vaughan, R., Mellman, L., & Roose, S. P. (2000). Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *The International Journal of Psychoanalysis*, *81*(3), 513–527. <https://doi.org/10.1516/0020757001599933>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Získáno z <https://obchod.portal.cz/psychologie/soucasna-psychoterapie/#bibliograficke-udaje>
- Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 195–205. Získáno z https://psycnet.apa.org/fulltext/1989-26823-001.pdf?auth_token=d3d00b95142643d947c3baeed8af81f774795227&returnUrl=https%3A%2F%2Fpsycnet.apa.org%2FdoiLanding%3Fdoi%3D10.1037%252F0022-006X.57.2.195
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Zadání bakalářské práce
2. (i) Abstrakt v českém jazyce
(ii) Abstrakt v anglickém jazyce
3. Ukázka datové matice

Příloha 1 Zadání bakalářské práce

Příloha 2. (i) Abstrakt v českém jazyce

Název práce: Výzkum efektivity psychoterapie u vybraných pacientů Denního sanatoria Horní Palata

Autor práce: Jana Zvěřinová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 56 stran, 81 582 znaků (včetně příloh)

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 38

Abstrakt:

Tématem této bakalářské diplomové práce je výzkum účinnosti skupinové psychodynamické psychoterapie v Denním sanatoriu Horní Palata v Praze. Do výzkumu bylo zahrnuto 42 pacientů stacionáře. Analýze byla podrobena data získaná prostřednictvím testových metod SCL-90-R, MMPI-2 a Dotazníku životní spokojenosti před zahájením sedmitýdenního léčby, při skončení léčby a tři měsíce po skončení léčby. Data byla sesbírána z archivovaných karet sledovaných pacientů z let 2017 a 2018. Teoretická část práce se zabývá proměnnými v psychoterapii a výzkumem v psychoterapii. Ve výzkumné části jsou statisticky ověřovány hypotézy týkající se zjišťování změn klíčových proměnných – škály SUM Dotazníku životní spokojenosti, škály GSI inventáře Symptom Check List-90-R a patnácti vybraných škál inventáře MMPI-2.

Klíčová slova: psychoterapie, účinnost, psychodynamická

Příloha 2. (ii) Abstrakt v anglickém jazyce

Title: Research on therapy effectiveness for selected patients in Daily sanatorium Horní Palata

Author: Jana Zvěřinová

Supervisor: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.

Number of pages and characters: 56 pages, 81 582 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 38

Abstract:

The topic of the bachelor's diploma thesis is the research of the effectiveness of group psychodynamic psychotherapy in the Daily sanatorium Horní Palata in Prague. There are 42 patients of the sanatorium in this research. Analyzed data use following methods: the SCL-90-R, MMPI-2 and the Life Satisfaction Questionnaire. Data in question were collected before the treatment, at the end of treatment, and three months after the treatment and obtained from archived cards of patients monitored within years 2017 and 2018. The theoretical part of the work deals with variables in psychotherapy and with psychotherapy research. The empirical part statistically verifies hypotheses concerning the detection of changes in relevant variables - the SUM scale of the Life Satisfaction Questionnaire, the GSI scale of the Symptom Check List-90-R and fifteen selected scales of the MMPI-2.

Key words: psychotherapy, effectiveness, psychodynamic

Příloha 3. Ukázka datové tabulky

| SCL | DŠS - SU M_1 | M MP I- Hs _1 | D - 1 | Hy _1 | Pt _1 | Sc _1 | Ma _1 | Si _1 | An x_1 | OB S_1 | LSE _1 | FA M_1 | WR K_1 | TRT _1 | A | R | SC L- GSI M_2 | DŠS - SU M_2 | M MP I- Hs _2 | D - 2 | Hy _2 | Pt _2 | Sc _2 | Ma _2 | Si _2 | An x_2 | OB S_2 | LSE _2 | FA M_2 | WR K_2 | TRT _2 |
|-----|-----------------------|---------------------------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|---|------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1,8 | 172 | 83 | 9 | 80 | 76 | 72 | 79 | 77 | 73 | 80 | 80 | 73 | 82 | 71 | 7 | 6 | 0,9 | 174 | 78 | 7 | 72 | 65 | 71 | 51 | 71 | 65 | 65 | 68 | 63 | 73 | 56 |
| 0,9 | 198 | 81 | 8 | 74 | 84 | 79 | 56 | 82 | 82 | 72 | 80 | 60 | 82 | 73 | 7 | 5 | 1 | 217 | 83 | 8 | 78 | 82 | 81 | 62 | 62 | 85 | 70 | 80 | 61 | 80 | 78 |
| 2,3 | 135 | 75 | 9 | 80 | 94 | 10 | 72 | 68 | 92 | 87 | 80 | 95 | 90 | 79 | 8 | 4 | 2,2 | 157 | 80 | 8 | 76 | 96 | 10 | 75 | 67 | 95 | 87 | 89 | 82 | 95 | 88 |
| 1,3 | 193 | 45 | 7 | 48 | 72 | 63 | 62 | 80 | 82 | 83 | 80 | 84 | 84 | 63 | 8 | 5 | 0,4 | 217 | 49 | 4 | 50 | 74 | 62 | 73 | 65 | 80 | 77 | 70 | 80 | 75 | 63 |
| 1,1 | 206 | 49 | 7 | 57 | 67 | 51 | 52 | 73 | 87 | 72 | 80 | 73 | 88 | 62 | 8 | 4 | 0,2 | 236 | 46 | 4 | 43 | 49 | 43 | 55 | 69 | 68 | 65 | 60 | 73 | 75 | 59 |
| 0,5 | 204 | 62 | 7 | 69 | 94 | 76 | 43 | 91 | 80 | 83 | 94 | 54 | 91 | 90 | 8 | 5 | 0,2 | 234 | 54 | 6 | 48 | 68 | 55 | 45 | 79 | 73 | 73 | 83 | 54 | 80 | 73 |
| 0,5 | 231 | 57 | 7 | 62 | 70 | 62 | 57 | 68 | 63 | 59 | 51 | 51 | 71 | 63 | 7 | 5 | 0,6 | 188 | 58 | 8 | 66 | 74 | 62 | 59 | 65 | 65 | 59 | 72 | 61 | 69 | 63 |
| 1,9 | 213 | 17 | 6 | 69 | 82 | 72 | 53 | 77 | 19 | 69 | 11 | 85 | 95 | 82 | 8 | 5 | 1,4 | 237 | 56 | 7 | 53 | 72 | 63 | 46 | 80 | 85 | 72 | 11 | 76 | 90 | 82 |
| 1,4 | 190 | 76 | 8 | 67 | 80 | 75 | 59 | 76 | 82 | 83 | 68 | 76 | 86 | 79 | 8 | 3 | 0,9 | 202 | 61 | 8 | 63 | 80 | 72 | 62 | 71 | 82 | 80 | 80 | 82 | 82 | 68 |
| 1,5 | 189 | 81 | 1 | 78 | 82 | 64 | 42 | 79 | 85 | 62 | 65 | 54 | 73 | 59 | 7 | 5 | 1,6 | 166 | 86 | 1 | 78 | 82 | 69 | 46 | 80 | 95 | 62 | 68 | 57 | 77 | 59 |
| 0,6 | 256 | 60 | 5 | 55 | 50 | 47 | 46 | 54 | 49 | 49 | 57 | 48 | 55 | 52 | 4 | 5 | 0,4 | 262 | 62 | 5 | 53 | 56 | 47 | 46 | 52 | 60 | 53 | 44 | 51 | 60 | |