

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Osobní zkušenost adolescentů se skupinovou psychoterapií

Viktorie Pudíková

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

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

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies



Personal experience of adolescents with group psychotherapy

Viktorie Pudíková

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

Praha 2024

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Lucii Vackové, Ph.D., za její podporu a trpělivost během psaní této práce, za odborné konzultace a cennou zpětnou vazbu. Mé poděkování rovněž patří všem participantům výzkumu a jejich rodičům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá osobními zkušenostmi adolescentů se skupinovou psychoterapií. Cílem práce je prozkoumat, jak adolescenti prožívají svou účast na skupinové psychoterapii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na adolescenci, vybrané psychopatologické projevy chování u adolescentů, psychoterapii a autorčinu osobní zkušenost s pobytem na daseinsanalytické psychoterapeutické skupině v roli stážistky. Kvalitativní výzkum byl proveden prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které byly analyzovány pomocí tematické analýzy.

Klíčová slova: skupinová psychoterapie, daseinsanalýza, adolescence

Abstract

This bachelor thesis deals with the personal experiences of adolescents with group psychotherapy. The aim of this thesis is to explore the personal experiences of adolescents with group psychotherapy. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on adolescence, selected psychopathological behavioural manifestations in adolescents, psychotherapy and the author's personal experience of being a trainee in a daseinsanalytic psychotherapy group. Qualitative research was conducted through semi-structured interviews which were analysed using thematic analysis.

Key words: group psychotherapy, daseinsanalysis, adolescence

Obsah

Úvod	1
1 Adolescence	2
1.1 Periodizace adolescence	2
1.2 Procesy a změny v adolescenci	3
1.3 Tělesný vývoj	3
1.4 Emoční vývoj	4
1.5 Socializace	5
1.6 Kognitivní vývoj	7
1.7 Vývoj identity	8
1.8 Rizikové chování v adolescentním věku	11
1.9 Současné výzkumy rizikového chování u žáků	12
2 Vybrané psychopatologické projevy chování u adolescentů	13
2.1 Deprese	13
2.2 Úzkostné poruchy	14
2.3 Poruchy příjmu potravy	15
2.4 Sebepoškozování	16
2.5. Suicidalita	17
3 Psychoterapie	19
3.1. Definice psychoterapie	19
3.2 Cíle psychoterapie	19
3.3 Rozdělení psychoterapie	20
3.4 Porovnání psychoterapeutických přístupů	21
3.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)	21
3.4.2 Dynamická psychoterapie	21
3.4.5 Daseinsanalytická psychoterapie	22
3.5 Cíle dětské psychoterapie	23
3.6 Skupinová psychoterapie	23
3.7 Účinné faktory ve skupinové psychoterapii	24
3.8 Daseinsanalýza	25
3.9 Skupinová daseinsanalýza	26
4 Daseinsanalytická skupinová psychoterapie s adolescenty	28
4.1 Specifika terapeutického přístupu na skupině	28
4.2. Autorčina osobní zkušenost s pobytem na skupině v roli stážistky	29
5 Výzkum	33
5.1 Hlavní výzkumná otázka	33
5.2 Osobní předporozumění zkoumanému tématu	33
5.3 Výzkumný soubor	34
5.4 Zvolená výzkumná metoda	35
5.4.1 Metodika analýzy dat	35
5.4.2 Průběh sběru dat	36

5.5 Etické aspekty výzkumu	36
5.6 Analýza dat a výzkumná zjištění	37
5.6.1 Představení participantů	37
5.6.2 Tematická analýza	39
5.6.2.1 Seznámení se s daty	39
5.6.2.2 Generování počátečních kódů	40
5.6.2.3 Hledání témat	40
5.6.2.4 Přezkoumání témat	40
5.6.2.5 Definování a pojmenování témat	40
5.6.3 Výsledky tematické analýzy	41
5.6.3.1 Motivace a důvody pro účast na terapii	41
5.6.3.2 Vztahy a atmosféra na skupině	42
5.6.3.3 Vliv rodinného prostředí	44
5.6.3.4 Emoční prožívání a osobní reflexe	46
5.6.3.5 Hodnocení skupinové terapie	47
5.7 Diskuse	48
Závěr	51
Literatura	52
Přílohy	1

Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na osobní zkušenosti adolescentů se skupinovou psychoterapií. Hlavním cílem této práce je prozkoumat osobní zkušenosti adolescentů účastnících se skupinové psychoterapie. Práce si klade za cíl identifikovat přínosy a výzvy spojené se skupinovou terapií z pohledu samotných adolescentů.

Skupinová psychoterapie, konkrétně daseinsanalytický přístup, představuje specifický způsob, jak pracovat s mladými lidmi v terapeutickém prostředí. Tento přístup se zaměřuje na existenciální aspekty lidského života a snaží se porozumět individuálním zkušenostem a prožitkům každého jedince. V rámci této práce bude popsán tento přístup a jeho aplikace ve skupinové terapii s adolescenty.

Výzkumná část práce se bude věnovat analýze osobních zkušeností adolescentů, kteří se účastnili skupinové psychoterapie. Budou použity kvalitativní výzkumné metody k získání hloubkového porozumění jejich zkušenostem a vnímání terapeutického procesu.

Práce je strukturována následovně: první kapitola se zabývá obdobím adolescence a jeho charakteristikami, druhá kapitola popisuje vybrané psychopatologické projevy chování v adolescentním věku, následující kapitoly pak popisuje psychoterapeutické přístupy, zejména daseinsanalytický přístup a specifika terapeutického přístupu na skupině, na níž měla autorka možnost docházet. Výzkumná část se zaměřuje na použitou metodologii, proces sběru dat a analýzu výsledků pomocí tematické analýzy, které jsou následně podrobně diskutovány.

1 Adolescence

Adolescence je období plné velkých životních změn. Jde o důležitou vývojovou fázi, ve které se postupně z dítěte stává dospělý jedinec. V tomto období se dospívající musí vyrovnat se tělesnými, kognitivními i prožitkovými změnami. Vypořádat se se změnou osobní role ve společnosti i v rodině. Tato kapitola pojednává právě o období adolescence - jeho periodizaci na dílčí fáze a jejich specifikaci.

1.1 Periodizace adolescence

V odborné veřejnosti neexistuje shoda ve věkovém vymezení adolescence, ani v tom, na jaké části bychom ho měli členit. Existuje nicméně shoda v tom, že je důležité toto období dále dělit, protože v každé jeho fázi jsou klíčové jiné oblasti vývoje.

Časově řadíme období dospívání přibližně do druhé dekády lidského života, tedy přechodné období mezi dětstvím a dospělostí (Vágnerová, Lisá, 2021). Petr Macek (2003) dělí adolescentní věk na tři období. A to na časnou adolescenci datovanou od 10 do 13 let, na střední adolescenci, která trvá od 14 do 16 let a na pozdní adolescenci, kterou označuje období od 17 do 20 let.

Vágnerová (Vágnerová, Lisá, 2021) pracuje s rozdělením pouze na dvě období, kterými jsou: raná adolescence (pubescence), která trvá od 11 let a končí v 15 letech a pozdní adolescenci, která navazuje a končí ve 20 letech. V období rané adolescence je klíčovou změnou tělesné dospívání, změna způsobu myšlení a emočního prožívání. Pozdní adolescence je dobou komplexnější psychosociální proměny - dochází ke změně osobnosti a hledání vlastní identity a zároveň k hlubšímu navazování sociálních vztahů (Vágnerová, Lisá, 2021)

Na dvě období člení adolescenci také Langmeier (Langmeier, Krejčířová, 1998). Ten rozděluje adolescence taktéž na pubescenci a adolescenci, ale období pubescence dále dělí na první pubertální fázi, která začíná prvními známkami pohlavního dospívání a končí nástupem menarche u dívek a nočními polucemi u chlapců a druhou pubertální fázi, která nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení schopnosti reprodukce, jako adolescenci pak označuje věk od 15 do 22 let. (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Pro zjednodušení bylo pro tuto práci vybráno dělení adolescence podle Vágnerové, adolescentem je tak míněn jedinec v kterékoliv fázi dospívání.

1.2 Procesy a změny v adolescenci

Období adolescence provází celá řada tělesných, psychických i sociálních změn. V této kapitole dojde k představení těch nejzásadnějších.

1.3 Tělesný vývoj

Tělesné změny v pubescenci jsou důležitým biologickým mezníkem - z dítěte se stává jedinec schopný reprodukce (Vágnerová, Lisá, 2021). V tomto období dochází k tzv. růstovému spurtu, neboli dočasnému prudkému zrychlení růstu. Růstový spurt vrcholí u dívek nejčastěji mezi jedenáctým a dvanáctým rokem, u chlapců o dva roky později. V tomto období tak dívky chlapce v růstu předhóní, spurt u chlapců je však prudší a trvalejší. Na konci pubescence jsou tak chlapci už většinou vyšší než dívky (Říčan, 2014). Pro chlapce je výška důležitá i ze sociálního hlediska. Vyšší postava je sociálně akceptovatelnější dospělými a zároveň ve vrstevnické skupině přináší šanci na lepší sociální status (vzhledem k tomu, že prestiž v tomto věku je dost závislá na fyzickém vzhledu (Vágnerová, Lisá, 2021). Kromě výšky se mění také tvar těla. Chlapcům se rozšiřují ramena a dívkám boky. Nohy a ruce rostou o rok dříve než trup a rychleji rostou také koncové části končetin než končetiny celé. To vede k dočasným tělesným disproporcím (Říčan, 2014).

Důležitým tělesným milníkem v období pubescence je pohlavní zrání. Dochází k zrání vnitřních pohlavních orgánů, vaječníků u dívek a varlat u chlapců. Signálem pohlavního zrání u dívek je první menstruace, ta se většinou objevuje po dvacátém roce. U chlapců je důležitým mezníkem první poluce, je signálem nastupující mužnosti a plodnosti. Ta se dostavuje kolem 13. roku a bývá spojena s nočním sexuální sněním (Říčan, 2014). V důsledku pohlavního zrání dochází také k mnoha hormonálním změnám a tím ke zvýšené činnosti mazových žláz - dospívající často bojují s kožním onemocněním akné, které je způsobeno ucpaním a zánětem vývodu mazových žlázek. S tím souvisí také zvýšené potivost (Thorová, 2015).

Tělesný vývoj v pubescenci má důležitý a zlomový důsledek - patnáctiletý jedinec už nevzhlíží k dospělému, ale je s ním na stejné úrovni (Říčan, 2014). Během pubescence postupně vzrůstá subjektivní význam tělesného vzhledu. Projevuje se stále větším zaměřením na vlastní tělo, ke kterému jsou pubescenti kritičtí. Vnímají, že by mohli vypadat lépe. Velkou roli hraje také úprava zevnějšku - účes i oblečení může dodávat na atraktivitě a pubescenti

se jim v tomto období zabývají stále více. Tělesný vzhled zůstává velmi zásadní součástí identity i v druhé polovině dospívání - v adolescenci (Vágnerová, Lisá, 2021).

V pozdní adolescenci je zevnějšek jak prostředkem k budování vztahu s druhými, tak k ubezpečení se o své vlastní hodnotě. Na začátku puberty převládá tendence k uniformitě - k dosažení ideálu krásy, kterou podporují i média. Ta zaručuje dospívajícím mladým lidem pozitivní přijetí a jistotu, ale zároveň ztrátu originality. Ke konci adolescence, spolu s tím, jak zraje jejich osobnost si tak většina adolescentů najde svůj styl, už nemají potřebu někoho kopírovat (Vágnerová, Lisá, 2021).

1.4 Emoční vývoj

Z tělesného hlediska dochází v dospívání k hormonální změně, ta má zase vliv na emoční prožívání. Emoční prožitky dospívajících jsou intenzivnější a méně přiléhavé než dříve. Bývají intenzivní, nicméně velmi proměnlivé. Jsou důsledkem nerovnováhy mezi zralejším emočním systémem a méně zralým regulačním systémem, který se v průběhu dospívání vyvíjí. Schopnost emoční regulace nejprve cca od 12 let klesá a následně přibližně v 16 letech přichází její opětovný nárůst (Vágnerová, Lisá, 2021).

Právě intenzivnější emoce a plně nerozvinutá schopnost jejich regulace jsou důvodem, proč je psychika adolescenta zranitelnější a také náchylnější k psychopatologii. Adolescenti tak mají větší předpoklad, že se zapojí do rizikového chování, kdy vrchol výskytu rizikového chování leží právě mezi 14 a 15 lety. V období adolescence se také zvyšuje výskyt psychiatrických onemocnění - afektivních poruch, schizofrenie, poruch příjmu potravy a zneužívání psychoaktivních látek (Thorová, 2015).

Adolescence je obdobím emoční lability, která souvisí kromě hormonálních změn také se zvýšenou mírou sebereflexe, sebehodnocení a egocentričnosti (Macek, 2003).

Emoční egocentrismus se projevuje přesvědčením dospívajících, že jejich pocity jsou výjimečné a nedokáže je nikdo pochopit. Bývají proto uzavřenější, než byli dříve a nechtějí projevat své city navenek (Vágnerová, Lisá, 2021).

V oblasti sebehodnocení dochází k velkým výkyvům. Projevuje se velkou přecitlivělostí na projevy jiných lidí, které bývají interpretovány jako urážlivé či nepřátelské. Vztahovačnost dospívajících je výrazem nejistoty (Vágnerová, Lisá, 2021).

Sebehodnocení také souvisí s tzv. možným já - vyjádřením představ a přání, které se týkají jejich budoucnosti a ke kterému se vztahují. Stabilně důležité zůstává

pro adolescenty tzv. ideální já, které má v sobě prvky jak chtěného já, tak i požadovaného já. Ideální já je v rámci sebereflexe porovnáváno se skutečným já a je tak ukazatelem sebepřijetí. Jestliže existuje mírný nesoulad mezi dvěma já a ideální já je dosažitelné, působí porovnávání motivačně, je-li však rozpor příliš velký, je zdrojem nepříjemných pocitů a kritiky vůči sobě samému. Uvědomuje-li si adolescent velký rozpor mezi reálným já a požadavky na jeho osobu ze strany druhých (rodiny, společnosti), zažívá úzkost a pocit viny (Macek, 2003).

Nové prožívání je náročné jak pro okolí, tak pro samotné adolescenty, kteří si nejsou schopni vysvětlit jeho příčinu, a často na něj neumí správně reagovat (Vágnerová, Lisá, 2021).

Díky dosažená hormonální vyrovnanosti, adaptaci organismu na pohlavní dospělost a zlepšení seberegulace se ke konci adolescence emoční prožívání postupně stabilizuje, klesá náladovost i labilita. Starší adolescenti se tak dokáží lépe ovládat a dovedou se vzdát aktuálního uspokojení ve prospěch vzdálenější budoucnosti (Vágnerová, Lisá, 2021).

1.5 Socializace

Emoční vývoj v období dospívání úzce souvisí se změnou v oblasti sociálních vztahů. Nová kvalita interpersonálních vztahů je jednou ze základních psychosociálních charakteristik jedince. To, jak se povede adolescentovi obstat v interpersonálních vztazích je zdrojem jeho sebedůvěry, pocitu autonomie a vědomí vlastní účinnosti (Macek, 2003). Socializace probíhá ve dvou paralelních rovinách - adolescent se stále více emancipuje od své původní rodiny a zároveň navazuje stále významnější a důvěrnější vztahy s vrstevníky (Langmeier & Krejčířová 2006).

Vztahy k rodičům a vztahy k vrstevníkům mají odlišný význam - v případě rodiny jde především o snahu o "zrovnoprávnění", zatímco ve vztahu k vrstevníkům jde o "vlastní zhodnocení" (Macek, 2003).

Emancipace od rodiny je důležitým vývojovým úkolem, který začíná po malých krůčcích již v útlém dětství, nicméně jeho vrchol přichází právě v období dospívání. Vztah mezi dítětem a rodičem se musí proměnit. Vztah, který byl hierarchicky uspořádaný přechází ke konci dospívání do polohy horizontální, stává se více symetrickým a demokratickým. Emoční závislost se přeměňuje v reciproční vztah vzájemné podpory, respektu a spolupráce (Thorová, 2015). Tento proces ale není snadný. Osamostatňování se od rodiny, která dítěti poskytuje jistou citovou vazbu, bezpečí a útočiště je náročné samo o sobě. V momentě,

kdy rodiče neprojevují pro tento vývojový úkol pochopení a vztahy v rodině nejsou optimální se tento proces ještě komplikuje (Langmeier & Krejčířová 2006).

Samotný proces osamostatňování od rodiny je u každého jedince odlišný. Může zahrnovat vymezování se vůči názorům a postojům rodičů, jejich kritikou, odmítáním projevů rodičovské náklonnosti. Proces může být na jedné straně postupný, na druhé straně doprovázený náhlými výbuchy, kterým často dobře nerozumí ani samotný dospívající. Ačkoliv právě přehnaná kritika rodičů patří k nejčastějším znakům osamostatňování se, tak si za normálních okolností dospívající udržují k rodičům pozitivní vztah a rodina zůstává důležitým zdrojem sociální opory (Langmeier & Krejčířová 2006).

S tím, jak se dospívající odpoutává od rodiny, tak na druhé straně zpravidla navazuje nové vztahy s vrstevníky. Díky nim získává jistotu, kterou ztrácí vzdalováním se rodině a zároveň toto odpoutávání slouží jako příprava pro trvalejší vztahy v dospělosti. Podle Langmeiera a Krejčířové (2015) navozování vztahů k vrstevníkům probíhá ve čtyřech fázích.

1. Skupinová izosexuální fáze:

- Z kraje puberty převažuje sklon vytvářet skupinky s osobami stejného pohlaví, tyto skupinky jsou stabilnější a výrazněji organizovanější, než skupinky mladších dětí. Podle chlapců jsou děvčata v tomto věku “ufňukaná” a podle dívek jsou chlapci příliš hrubí. Je zde přítomna silná touha sdružovat se, inspirovat se od ostatních, zkrátka patřit do “party”.

2. Individuální izosexuální fáze

- Ačkoliv touha po skupinovém životě může přetrvávat poměrně dlouho, postupně se začne ozývat potřeba intimního párového přátelství, kterou skupina nedokáže uspokojit. Tento užší vztah umožňuje důvěrně sdílet pocity, zkušenosti, problémy. Tato přátelství jsou důležitá v období nejistoty a hledání se a často silné přátelské vazby přetrvávají ještě dlouhou dobu - někdy i po celý život.

3. Přejídná etapa

- V období puberty se začíná projevovat také zájem o druhé pohlaví, který je zprvu nejistý a bázlivý. Pro skupinu je toto téma stále tabu a proto jedinci, kteří projevují zájem o druhé pohlaví bývají zprvu vystaveni posměškům. Chlapci i dívky tak často zůstávají ve skupině a projevují svůj zájem jen “na dálku” - vzájemným pokřikováním

a koketováním. Obvykle se následně svými zážitky chlubí, i když jsou mnohdy zveličené či vymyšlené.

4. Heterosexuální fáze polygamní

- Zpravidla na přelomu rané a pozdní adolescence se objevují první skutečné vztahy chlapců a dívek, které mají nestálý a proměnlivý charakter, ačkoliv jsou intenzivně prožívány. Důležitým rysem těchto vztahů je přání ujistit se o vlastní ceně a přitažlivosti. Toto období přináší flirtování, sexuální fantazie a dříve či později také přímé sexuální aktivity.

5. Etapa zamilovanosti

- Teprve o hodně později, zpravidla ke konci adolescence se vztah jedince k druhému pohlaví ustavuje a může vyústit v hluboké porozumění a v oddanost. V kladném případě toto vyústí v autentické erotické vztahy se záměrem trvalého vztahu.

Langmeier a Krejčířová (2015) zdůrazňují, že uvedené fáze nejsou pravidlem u všech dospívajících a že každý jedinec dosahuje uvedené fáze v rozdílném věku - závisí to na mnoha faktorech.

1.6 Kognitivní vývoj

Patnáctiletý pubescent už ovládá všechny podstatné myšlenkové operace (Říčan, 2014). V dospívání je pro vývoj myšlení klíčové postupné uvolňování se ze závislosti na konkrétní realitě - jde o vývoj abstraktního myšlení. Na rozdíl od dítěte, které vidí svět takový, jaký je, přemýšlí dospívající o světě tak, jaký by mohl být (Vágnerová, Lisá, 2021). Podle Piageta (2014) je dospívání obdobím tzv. formálních operací, které zahrnuje:

Abstrakci a symbolické myšlení:

- Jedním z hlavních rysů období formálních operací je schopnost abstraktního a symbolického myšlení. Jedinci v této fázi jsou schopni pracovat s abstraktními pojmy a symboly bez nutnosti fyzické přítomnosti konkrétních objektů.

Formální logiku:

- V tomto období se vyvíjí schopnost formální logiky. Jedinci jsou schopni provádět složité úvahy, rozvíjet argumenty a aplikovat matematické a logické principy na řešení problémů.

Hypoteticko-deduktivní myšlení:

- Piaget zdůraznil, že během období formálních operací jedinci dokážou vytvářet a testovat hypotézy. Jsou schopni provádět deduktivní úvahy a předpokládat možné řešení problémů.

Rozvoj morálních hodnot:

- Kromě kognitivního rozvoje se v období formálních operací mění i morální myšlení. Jedinci začínají vnímat morální otázky s větší složitostí a mohou vyvíjet vlastní morální hodnoty a postoje.

Vědomí možných světů:

- V této fázi vývoje jedinci si dokážou představovat alternativní reality a zvažovat různé scénáře. Jsou schopni chápat více perspektiv a vnímat svět z různých úhlů pohledu.

Kritické myšlení:

- Období formálních operací také zahrnuje rozvoj kritického myšlení. Jedinci jsou schopni hodnotit informace, analyzovat argumenty a vytvářet si vlastní názory na základě důkladného uvažování.

Celkově lze říci, že období formálních operací představuje významný kognitivní posun, který umožňuje dospívajícímu jedinci pracovat s abstraktními myšlenkami, logickými principy a komplexními úvahami (Vágnerová, Lisá, 2021; Piaget, 2014).

1.7 Vývoj identity

Pojem identita zavedl do psychologie Erik Erikson, podle kterého je tvorba identity základním vývojovým úkolem v období dospívání (Erikson, 1997).

Erik H. Erikson (Drapela, 2021) představil svou teorii vývoje, který chápe jako 8 životních stádií. Každé z těchto stádií zahrnuje psychologickou krizi, která obsahuje dva konfliktní póly a obsahuje prvky růstu i ohrožení. Jestliže jedinec zvládne vyřešit konflikt dosáhne ctnosti, která je pro každé období specifická. Převládne-li negativní pól, nejen

že ctnost nevznikne, ale není-li problém napraven, dochází ke stagnaci duševního vývoje jedince. Pro stádium dospívání je podle Eriksona stěžejní psychologický konflikt mezi identitou a zmatením rolí. Právě v dospívání jde dle Eriksona o to, jestli člověk objeví sám sebe nebo sám sebe naopak ztratí. Ctností, která z toho stádia vyplývá je věrnost - osobní oddanost zvolenému povolání nebo životní filozofii. Stádium dospívání sjednocuje veškerý náhled jedince na sebe samého (Erikson, 2022).

S tvorbou identity jako vývojovým úkolem v adolescenci souhlasí také Macek (2003). Dle něj se jedná o proces, ve kterém má jedinec v návaznosti na předchozí fáze svého vývoje integrovat zkušenost se sebou samým do jednoho smysluplného celku. Rozlišuje mezi osobním a sociálním aspektem identity. První čerpá především ze sebereflexe a sebehodnocení, podstatné je vědomí vlastní jedinečnosti, ohraničenosti vůči ostatním a neopakovatelnosti. Odpovídá na otázku: Kdo jsem? Sociální aspekt identity souvisí se začleněním jedince do společnosti, s pocitem spolupatříčnosti a s kontinuitou vztahů. Odpovídá na otázku: Kam patřím? Čeho jsem součástí? (Macek, 2003).

Z vývojového hlediska jde vlastně o proces individuace osobnosti adolescentů. Josselsonová (1980) (Thorová 2015) ji popisuje ve čtyřech etapách:

1) Psychologická diferenciacie (11-14 let)

- Začíná v rané adolescenci, kdy si jedinec začíná uvědomovat odlišnosti své osobnosti od ostatních, jak vrstevníků, tak rodičů. Zvyšuje se jeho kritičnost vůči autoritám, které ztrácejí roli neomylnosti. Intelektuální potenciál a schopnosti dospívajícího jsou napřed před schopností emocionálně přijmout nové zkušenosti a poznatky.

2) Fáze zkoušení a experimentování (14-15 let)

- Ve druhé etapě získávají adolescenti pocit, že sami vědí, co je pro ně nejlepší. Toto období je charakteristické snahou zbavit se "závislosti" na formálních autoritách. Zároveň se zvyšuje i jejich zodpovědnost a závazky vůči kamarádům. V tomto období pro adolescenta nemá dlouhodobá perspektiva větší význam, zajímá ho především blízká budoucnost.

3) Období navazování přátelství (16-17 let)

- Ve třetí fázi se obnovují vztahy rodiči, ale jejich autorita je přijímána již jen selektivně, zvyšuje se také zodpovědnost za vlastní chování. Toto období je charakteristické hledáním nových pravidel a norem v sociálních vztazích. Jsou

důležitá blízká přátelství, stejně tak i erotické vztahy, které přispívají k uvědomění své hodnoty a také ke specifickému významu vztahu k rodičům a autoritám.

4) Konsolidace vztahu k sobě

- Poslední etapou je konsolidace vztahu k sobě, která je založena na pocitu vlastní jedinečnosti a autonomie. Je to uvědomění si sebe samého v širším časovém horizontu - jde o propojení minulosti, přítomnosti a budoucnosti vlastního života.

J. Marcia (1980) (Macek, 2003) představil 4 potenciální stavy identity. Pracuje v nich s třemi klíčovými pojmy - krize, závazek a hledání, přičemž pojem krize je tu myšlen jako proces aktivního hledání a objevování, kdy je jedinec vtažen do procesu volby a rozhodování v důležitých oblastech vlastního života.

1) Difúzní (rozptýlená) identita

- Difúzní identita je stav, kdy jedinec neprožívá krizi ani závazek. Nemá aktivní potřebu sebedefinování, je snadno ovlivnitelný vrstevníky, často mění své názory i chování tak, aby bylo v souladu s normami a očekáváními skupiny, které je zrovna členem. Jeho sebehodnocení je tak hodně kolísavé a závisí na tom, jak na něj druzí reagují.

2) Status náhradní identity

- Status náhradní identity neboli předčasného uzavření charakterizují závazky a konzistentní představa o světě i o sobě. Chybí tu krize identity. Postoje, normy, budoucí cíle a životní přesvědčení jsou nekriticky přebírány od autorit, především od rodičů, bez potřeby ověřovat si je svou vlastní zkušeností.

3) Status moratoria

- Ve statusu moratoria jedinec prožívá krizi identity spojenou s úzkostí a s pochybnostmi, aniž by na sebe bral skutečné závazky. Jde o experiment, kdy si jedinec zkouší určité role, objevuje hodnoty a rozvíjí různé zájmy.

4) Status získání či dosažení identity

- Status dosažení identity v sobě obsahuje jak krizi hledání a pochybností, tak snahu řešit své závazky. Jedinec spojuje svou minulost, přítomnost i budoucnost ve smysluplný celek, zažívá kontinuitu a sebeakceptaci.

Tyto čtyři statusy nelze brát jako chronologicky po sobě jdoucí vývojová stádia. Podle Marcii (1980) je pouze důležité, aby statusu získání identity předcházela status moratoria. Všechny první tři stadia jsou normálními fázemi vývoje v adolescenci, je tudíž běžné, že se adolescent nachází v různých oblastech svého života v různých stádiích. Problém nastává ve chvíli, kdy tento proces není ukončen statusem získání identity a zbývající stavy tak přetrvávají až do dospělosti.

Jak Marcia, tak Erikson kladou pro splnění tohoto vývojového úkolu velký důraz na význam "moratoria". Je časem zkoušení, hledání, jakýmsi chráněným prostorem. V moderní společnosti je tento prostor v určitých oblastech dobře ohraničený - např. období vzdělávání nebo profesní přípravy. Zároveň proces hledání své vlastní identity značně komplikuje disproporce mezi "právy dítěte" a "povinnostmi dospělého" (Macek, 2003).

1.8 Rizikové chování v adolescentním věku

Jak již bylo zmíněno, adolescence je velmi citlivé období. V tomto období jsou tak dospívající náchylnější k rizikovému chování než jiné věkové kategorie. Rizikové chování můžeme definovat jako: poškozování tělesného a psychického zdraví adolescentů, a především ohrožení společnosti negativním dopadem a možnou újmou druhých (Macek, 2003).

MŠMT v Metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování (2010) popisuje tyto rizikové projevy žáků, jejichž rozvoji má za úkol předcházet primární prevence:

1. agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie
2. záškoláctví
3. závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling
4. rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů
5. spektrum poruch příjmu potravy
6. negativní působení sekt
7. sexuální rizikové chování

Petr Macek (2003) mezi projevy rizikového a problémového chování zahrnuje: delikventní chování a kriminalitu, konzumaci alkoholu a dalších drog, rizikové sexuální chování, poruchy příjmu potravy a krizi identity.

Machová (2015) popisuje faktory, které ovlivňují rizikové chování během adolescence. Tyto faktory mohou být přítomny již v dětství, ale mohou se objevit i v průběhu dospívání. Mezi rizikové faktory v dětství patří zanedbání nebo zneužívání, problematické chování či ztráta rodiče. V dospívání může hrát roli nedostatečná sebedůvěra, těhotenství, chronická nemoc nebo nejistá budoucnost. Kromě rizikových faktorů existují také ochranné faktory, které mohou zabránit nebo alespoň zmírnit projevy rizikového chování. Mezi ně patří stabilní rodinné vztahy, zdravý vývoj v dětství, otevřená komunikace, podpora ze strany dospělých, podpora sebeúcty a perspektivní vyhlídky do budoucna v oblasti kariéry i osobního života. Také pozitivní vliv skupiny vrstevníků nebo náboženské přesvědčení mohou chránit adolescenty před rizikovým chováním (Machová, 2015).

1.9 Současné výzkumy rizikového chování u žáků

Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň

Dolejší a Vrcha (2020) v rámci studie Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň vyvinuli dotazník VRCHA, který se zaměřuje na rizikové chování u adolescentů, konkrétně zkoumá vztah mezi tímto chováním a osobnostními rysy. Identifikuje tři hlavní rizikové faktory: zneužívání látek, delikventní chování a šikanu. Výzkumný soubor obsahoval 4198 žáků a žákyň, jejichž průměrný věk byl 13 let, z 54 školských zařízení - 35 základních škol a 19 gymnázií. Výzkum ukázal, že více než 31% adolescentů ve věku 11-15 let bylo za posledních 30 dní pod vlivem alkoholu, 3,98% žáků do takové míry, že měli problém s chůzí, mluvením nebo si nepamatovali co se stalo. Hodnota 20% byla překročena v kategoriích týkajících se falšování podpisů rodičů, autoagresivních aktivit a krádeží. Experimentování s marihuanou potvrdilo 10,86% respondentů. 5,55% respondentů vykouřilo více než 5 cigaret denně. Verbální agresivitu uvedlo 17,61% dotázaných a fyzické ubližování 11,68%, obětí na sociálních sítích se stalo 7,12% respondentů. Výsledky ukázaly významné korelace mezi různými formami rizikového chování a různými faktory, jako je impulzivita, agrese a negativní myšlení (Dolejší & Vrcha, 2020).

Projekt SAHA (The Social and Health Assessment) je mezinárodní výzkumný projekt zaměřený na sběr dat prostřednictvím dotazníkového průzkumu, který se zabývá faktory ovlivňujícími sociální a zdravotní vývoj školní mládeže, včetně duševního zdraví, sociálních vztahů a životních podmínek dětí a mladistvých. Dotazník obsahuje celkem 375 položek, které se zaměřují na dva hlavní okruhy otázek: zdroje rizika a protektivní faktory, a také na dopady těchto faktorů na chování a duševní zdraví. Cílovou skupinou tohoto výzkumu jsou mladší věkové skupiny ve věku 12, 14 a 16 let. Cílem studie je sledovat a informovat o rizikovém chování a faktorech ovlivňujících vývoj dětí a mladistvých. Projekt SAHA má tedy klíčový význam pro monitorování a porozumění sociálním a zdravotním aspektům života mládeže (Blatný et al., 2004).

2 Vybrané psychopatologické projevy chování u adolescentů

2.1 Deprese

Depresivní fáze se může vyskytovat v lehké, střední nebo těžké formě. Pacient trpí zhoršenou náladou, sníženou energií a aktivitou. Dochází k narušení smyslu pro zábavu, osobních zájmů a schopnosti koncentrace. I při minimální námaze se dostavuje únava. Spánek je narušený a chuť k jídlu se zhoršuje. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou sniženy, a to i v lehkých případech, přičemž se objevují pocity viny a beznaděje. Zhoršená nálada se během dne příliš nemění a nereaguje na změny v okolí. Mohou se také objevit tzv. somatické symptomy, jako je ztráta zájmu a pocitu uspokojení. Pacienti se často probouzejí několik hodin před obvyklým časem. Nejhorší projevy deprese bývají ráno. Patrná je psychomotorická retardace nebo agitovanost. Dochází ke ztrátě chuti k jídlu, hubnutí a ztrátě libida. Podle počtu a závažnosti příznaků lze fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou (MKN-10).

Deprese je jedním z nejčastějších psychopatologických problémů u adolescentů, projevujícím se přetrvávajícími pocity smutku, ztrátou zájmu o dříve oblíbené aktivity, změnami chuti k jídlu a spánku, a někdy i sebevražednými myšlenkami. Podle Vágnerové (2014) může až 20 % adolescentů prožít během dospívání alespoň jednu epizodu deprese.

Rizikové faktory pro rozvoj deprese zahrnují genetické predispozice, rodinné problémy, sociální izolaci a šikanu (Vágnerová, 2014). Dále hormonální změny spojené s pubertou mohou také přispívat k vyšší náchylnosti k depresivním stavům, zejména u dívek.

Diagnostika deprese u adolescentů může být obtížná, jelikož symptomy mohou být mylně považovány za normální výkyvy nálad spojené s dospíváním. Léčba obvykle zahrnuje kombinaci psychoterapie a farmakoterapie (Matějček, 2017).

Rozpoznání deprese u mladistvých je často komplikovanější než u dospělých. Projev symptomů je ovlivněn psychickou vyzrálostí pacienta a skutečností, že děti i adolescenti mohou mít potíže s reflexí a verbalizací svého emočního stavu, případně o tom odmítají hovořit. Dále je u depresivních dětí i adolescentů pozorován vysoký výskyt komorbidních poruch, které mohou příznaky deprese maskovat (Goetz, 2005).

2.2 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy rozdělujeme na fobické úzkostné poruchy a dále na jiné anxiózní poruchy. V prvním případě se jedná o skupinu poruch, kde se úzkost objevuje výhradně nebo převážně v určitých specifických situacích, které za normálních podmínek nejsou nebezpečné. Pacient se těmito situacím vyhýbá a pokud se jim nemůže vyhnout, zažívá v nich strach. Jiné anxiózní poruchy jsou takové, při kterých je hlavním příznakem výrazná úzkost, která není vázána na konkrétní situaci. Mohou se vyskytnout i depresivní a obsedantní příznaky, někdy i prvky fobické úzkosti, ale musí být jasně sekundární nebo méně závažné (MKN-10).

Jak uvádí Janiček (2008), člověk s úzkostnou poruchou může působit nenápadně, netrpí bludy ani halucinacemi, a nejeví známky agresivního či manického jednání. Trvalá tenze a úzkost nevypadají dramaticky, ale způsobují mnoho problémů. Úzkostná porucha u adolescentů ovlivňuje jejich osobnostní vývoj, narušuje utváření identity, zdravé vztahy s vrstevníky a osamostatňování od rodiny. Nemoc působí nejen na adolescenta, ale i na jeho blízké okolí, zejména rodinu.

Úzkostné poruchy mají multifaktoriální etiologii. Kromě genetických predispozic a rodinných vlivů hrají roli i environmentální faktory. Macek (2003) zdůrazňuje, že výzkumy naznačují, že děti z rodin s vysokou mírou stresu a nepříznivým rodinným prostředím mohou být náchylnější k rozvoji úzkostných poruch. Dalšími rizikovými faktory jsou traumatické zážitky, jako je ztráta blízkého člověka nebo závažné nemoci, a také sociální tlaky, jako jsou očekávání okolí a nároky na akademické výsledky. Adolescence je obdobím intenzivních změn a přechodů, což může být spojeno se zvýšeným stresem a zvýšenou náchylností k úzkostným poruchám (Macek, 2003).

Léčba úzkostných poruch zahrnuje kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je často preferovanou formou psychoterapie, která se zaměřuje na identifikaci a změnu negativních myšlenkových vzorců a chování spojeného s úzkostí. Anxiolytika mohou být předepsána v případech, kdy jsou symptomy závažné a ovlivňují každodenní fungování adolescenta (Macek, 2003).

2.3 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy dle MKN 10 spadá: mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a jiné poruchy příjmu potravy. Představují závažné psychopatologické stavy, které často postihují adolescenty, zejména dívky. Tyto poruchy mají vážné důsledky pro fyzické i duševní zdraví jedince a mohou vést k vážným komplikacím, včetně úmrtí. Kocourková et al. (2014) upozorňuje na rostoucí trend výskytu poruch příjmu potravy mezi mladými lidmi a zdůrazňuje, že tato problematika je často spojena s ideály štíhlého těla prosazovanými médii a tlaky ze sociálního prostředí.

Ačkoliv neexistuje žádný hlavní rizikový faktor, na počátku onemocnění často stojí dieta, která bývá motivována oprávněnou snahou zhubnout, jíst zdravě nebo změnit svou postavu. Je snadné překročit přiměřenou míru v hubnutí nebo zdravé výživě. Společnost, rodina a vrstevníci hrají v tomto procesu významnou roli, ať už svým příkladem nebo nadměrným důrazem na výkon, štíhlost nebo specifické stravovací návyky. V současné době panuje shoda, že k rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází, když jedinec, který je více či méně predisponován, je vystaven vlivu faktorů, jež mohou vést k držení diet. Mezi tyto faktory patří například nadváha v anamnéze nebo v rodině, fyzický růst, nemoc či některé zájmy. Kromě toho hrají roli i další vlivy, které zvyšují riziko vzniku jiných duševních poruch (Krch, 2016).

Porucha se může projevit jako izolovaná epizoda s obdobím remise nebo se stát chronickou, případně se může vyskytovat jako opakující se epizody po několik let. Obvyklá doba trvání tohoto onemocnění je přibližně 5 let. Průběh může být komplikován rozvojem depresivního syndromu, který může zvyšovat riziko sebevražedného chování (Němečková, 2007).

Studie představované Kocourkovou et al. (2014) ukazují, že adolescence je obdobím zvýšené vulnerability k rozvoji poruch příjmu potravy. Toto období je charakterizováno intenzivními změnami v tělesném vzhledu a sebepojetí, což může přispívat ke vzniku nezdravých stravovacích vzorců a snaze o dosažení ideálu štíhlého těla. Kocourková et al. (2014) také poukazují na fakt, že adolescenci provází změny ve vztahu k vlastnímu tělu a jídlu, což může být spojeno s větším rizikem pro rozvoj poruch příjmu potravy.

Diagnostika poruch příjmu potravy u adolescentů je často komplikovaná, neboť mohou existovat překrývající se symptomy s běžnými adolescentními projevy, jako jsou změny chuti k jídlu a tělesného obrazu. Podle Kocourkové et al. (2014) je důležité brát v úvahu kontext rodiny a sociálního prostředí, které mohou hrát klíčovou roli ve vzniku a průběhu poruchy příjmu potravy u adolescentů.

Léčba poruch příjmu potravy obvykle vyžaduje multidisciplinární přístup, který zahrnuje psychoterapii, lékařskou péči a nutriční poradenství. Kocourková et al. (2014) zdůrazňují důležitost včasné intervence a podpory rodiny a sociálního prostředí.

2.4 Sebeпоškozování

“Automutilace neboli sebeпоškozování, sebeмrzačení, autodestrukce, agrese obrácená proti sobě, od polykání předmětů a úrazů k sebevražedným pokusům, bývá účelová nebo jde o příznak duševní choroby“ (Hartl & Hartlová, 2009, s.28).

Del Ryšánkové (2008) se sebeпоškozování vyznačuje záměrným poraněním vlastního těla s cílem snížit psychické napětí, přičemž tento čin je v dané kultuře považován za nepřijatelný a obvykle má nízkou letalitu.

Sebeпоškozování je problematickým jevem, který se často vyskytuje mezi adolescenty a může být spojován s různými psychickými obtížemi. U běžné adolescentní populace je udáván výskyt mezi 14–39 %, u klinické adolescentní populace dokonce mezi 40–61 % (Ryšánková, 2008). Vágnerová (2014) uvádí, že sebeпоškozování může zahrnovat různé formy, jako jsou řezání, pálení kůže, vytrhávání vlasů nebo jiné způsoby úmyslného zranění těla. Tento behaviorální vzorec často slouží jako způsob regulace emocí a snaha o zvládnutí vnitřního napětí nebo psychické bolesti.

Problém sebeпоškozování u adolescentů může být spojen s řadou faktorů, včetně emocionálních, sociálních a rodinných. Vágnerová (2014) zdůrazňuje, že sebeпоškozování

často souvisí s emocionálním stresem, nízkou sebeúctou, depresí nebo úzkostí. Adolescence je obdobím intenzivních emocionálních změn a hledání identity, což může zvýšit riziko sebepoškození.

Diagnostika sebepoškození u adolescentů může být složitá, protože mladí lidé často skrývají svá zranění nebo se stydí o nich mluvit. Zároveň může být sebepoškození zaměňováno za snahu o pozornost nebo za pokus o sebevraždu. Je důležité provést důkladné hodnocení a porozumět kontextu, ve kterém se sebepoškození vyskytuje (Vágnerová, 2014).

Léčba sebepoškození adolescentů vyžaduje individuální přístup a často zahrnuje kombinaci psychoterapie, rodinné terapie a léčby farmaky. Důležitou součástí léčby je také poskytnutí bezpečného a podpůrného prostředí pro adolescenta, ve kterém může otevřeně hovořit o svých emocích a najít zdravější způsoby jejich zvládnutí (Vágnerová, 2014).

2.5. Suicidalita

Suicidální chování zahrnuje nejen dokonané suicidium, ale i různé jiné formy, jako jsou suicidální myšlenky, tendence a pokusy. V krajním případě může dojít k letálnímu výsledku, tedy dokonané sebevraždě. U dětí do 14 let je toto chování vzácné, ale ne zcela výjimečné. U dospívajících je sice počet dokonaných sebevražd na počet obyvatel nižší než u jiných věkových skupin, přesto je adolescenci třetí nejčastější příčinou smrti. V České republice ročně zemře téměř 50 dospívajících v důsledku sebevraždy, přičemž převažují chlapci. Toto věkové období však představuje největší riziko pro nedokonané suicidální chování, tedy suicidální pokusy, které mohou vést k vážnému zdravotnímu poškození a také k riziku opakování (Kocourková & Koutek, 2018).

Suicidální chování u dětí a adolescentů představuje vážný medicínský, psychologický a společenský problém. Sebevraždy mezi adolescenty jsou třetí nejčastější příčinou smrti v této věkové skupině, což podtrhuje závažnost této problematiky. Odborné, společenské a osobní postoje k tomuto tématu jsou výrazně emocionálně zatíženy. Mnozí obviňují okolí, zejména rodiče, za to, že dítě má suicidální tendence. Na druhé straně jsou postoje, které kritizují a devalvují suicidálního jedince, často označující jeho chování jako demonstrativní nebo manipulativní, zaměřené na získání pozornosti okolí. (Koutek, 2008).

Mezi varovné signály sebevražedného chování u dospívajících Špatenková (2017) řadí:

- promiskuitní jednání,
- zneužívání alkoholu nebo drog,
- ztráta energie, únava a problémy se soustředěním,
- útoky z domova a záškoláctví,
- zanedbávání osobního vzhledu,
- myšlenky na sebevraždu a smrt,
- nadměrné sebeobviňování nebo pocity bezcennosti,
- nadměrný spánek nebo nespavost,
- zpomalení nebo naopak psychomotorická agitovanost,
- přibírání na váze nebo hubnutí,
- osamělost a vyhýbání se sociálním kontaktům vedoucí k izolaci,
- náhlé změny chování.

Varovným signálem pro sociální okolí může být tzv. sebevražedná triáda adolescenta, která ovšem může být těžko rozpoznatelná od negativismu, který je chápáný jako součást dospívání zahrnuje (Špatenková, 2017). Do sebevražedné triády spadá:

- negativní postoj k sobě samému,
- pesimistický pohled na budoucnost,
- negativní vnímání aktuálních událostí.

3 Psychoterapie

3.1. Definice psychoterapie

Dle Psychologického slovníku (Hartl a Hartlová, 2009, s. 488) je psychoterapie: “Léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky - slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí, je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky”.

Vymětal (1997) chápe psychoterapii nejen jako léčbu (sekundární prevenci), ale také jako profylaxii (primární prevenci) a rehabilitaci (terciární prevenci) poruch zdraví, která se uskutečňuje psychologickými prostředky - prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence, který ovlivňuje duševní život, chování člověka, jeho mezilidské vztahy i tělesné procesy, přičemž vyvolává žádoucí změny a tím podporuje uzdravení nebo brání vzniku a rozvoji určité zdravotní poruchy.

Kratochvíl (2017, s. 14) zmiňuje dvojí chápání psychoterapie. A to zaprvé psychoterapii jako interdisciplinární obor, do něhož patří teorie, metody a výzkumná data. A za druhé definuje psychoterapii jakožto činnost: “Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce”.

3.2 Cíle psychoterapie

Kratochvíl (2017) popisuje dva hlavní cíle psychoterapie. Tím je zaprvé odstranění chorobných příznaků - kdy pacient přichází s jistými obtížemi a úkolem terapeuta je, aby ho těchto obtíží zbavil. A zadruhé redukce, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti - zde je cílem přetvoření osobnosti ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání.

3.3 Rozdělení psychoterapie

Kratochvíl (2017), předkládá dichotomické dělení psychoterapie, které vystihuje polarity, či kontrastní možnosti psychotherapeutického přístupu. Zároveň zmiňuje, že v práci se málokdy využívají v takto extrémní podobě. Psychoterapii dělí na:

1. Direktivní X nedirektivní – liší se od sebe přímými metodami práce s klientem, pacientem. Terapeutův vztah ke klientovi či přístup je přímo závislý na míře direktivnosti a nedirektivnosti jeho činnosti, kterou objasníme v následující kapitole.
2. Symptomatická X kauzální - symptomatická se zaměřuje na chorobný příznak, zatímco kauzální se snaží zjistit a odstranit příčinu.
3. Podpůrná X rekonstrukční – podpůrná poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je a rekonstrukční psychoterapie usiluje o přestavbu osobnosti.
4. Náhledová X akční - první podporuje objasnění a porozumění, zatímco druhá se zaměřuje na přímé zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností.

Další dělení, které popisuje, již používá tři nebo více kategorií.

1. Individuální X hromadná X skupinová - první je zaměřená na jednotlivce, druhá představuje postup při kterém terapeut působí na více pacientů současně a poslední využívá k terapeutickým účelům dynamiku vztahů vznikajících mezi členy terapeutické komunity.
2. Dynamická X humanistická X kognitivně-behaviorální - dynamická psychoterapie se zaměřuje na vliv minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. Humanistická se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu a kognitivně-behaviorální učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení.

Vybíral et al. (1999) dále rozlišují psychoterapii podle vztahu na klinickou a poradenskou. Klinická psychoterapie je výlučnou disciplínou zdravotnických zařízení nebo je aplikována v rámci smluvních vztahů v oblasti zdravotnické péče. Tento vztah se odehrává mezi terapeutem a pacientem, nemocným, který se chce, nebo musí léčit. Poradenská

psychoterapie se týká vztahu mezi terapeutem a klientem, tedy jedincem, který hledá radu. Hranice mezi oběma formami jsou v praxi relativní.

3.4 Porovnání psychoterapeutických přístupů

Psychoterapie zahrnuje širokou škálu metod a přístupů využívaných k léčbě duševních poruch. Pro účely této bakalářské práce jsem se rozhodla vybrat tři z nich: kognitivně-behaviorální psychoterapii, dynamickou psychoterapii a daseinsanalytickou psychoterapii. Tyto přístupy se navzájem liší v teoretických základech, metodách a procesech. V následujícím textu se zaměřím na jejich představení a porovnání.

3.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně-behaviorální terapie je považována za účinnou především v těchto oblastech: úzkostné stavy, depresivní poruchy a jiné jako například poruchy chování u dětí nebo poruchy příjmu potravy. V KBT přístupu pomáhá terapeut klientovi, aby si uvědomil svůj zkreslený způsob myšlení a dysfunkčního jednání a následně ho pomocí strukturovaného rozhovoru a behaviorálních úkolů pomáhá hodnotit a proměňovat (Andrlová, 2005).

Praško (2007) uvádí několik hlavních rysů KBT, těmi jsou: krátkost a časová omezenost (do 20 sezení), otevřená aktivní spolupráce jako základ vztahu mezi terapeutem a pacientem, východisko v teoriích učení, zaměřenost na přítomnost, konkrétní ohraničené problémy a na to, co je pozorovatelné a vědomé, stanovení konkrétních funkčních cílů, směřování k soběstačnosti klienta a kladení důrazu na vědeckost.

Mezi metody, které KBT přinesla lze řadit změnu atribucí a naučený optimismus, sebe-indukční trénink, trénink zvládání situací a trénink v řešení problémů. KBT je terapie strukturovaná, krátkodobá a orientovaná na cíl, což ji činí atraktivní pro mnoho klientů hledajících efektivní a praktická řešení svých problémů (Kratochvíl, 2017).

3.4.2 Dynamická psychoterapie

Dynamická terapie vychází z psychoanalytických teorií Sigmunda Freuda, od něž přejala koncept nevědomí a intrapsychických konfliktů, současně se však vymezila proti jeho jednostrannému a příliš sexualizujícímu pojetí a přesunula důraz spíše na sociální faktory a problémy v interpersonálních vztazích. Zahrnuje různé moderní formy, jako je krátkodobá dynamická psychoterapie nebo interpersonální psychoterapie. Dynamická psychoterapie

se zaměřuje na nevědomé procesy a minulost klienta, které ovlivňují jeho současné chování a myšlení (Vybíral, 2005).

Dynamická psychoterapie si klade za cíl pomoci klientovi, aby porozuměl vlastnímu podílu na opakujících se problémech a souvislostem mezi současným nepřizpůsobivým chováním, postojem či prožíváním a významnými dřívějšími zážitky. Směřuje k prožití korektivní emoční zkušenosti, k dosažení náhledu, přezkoušení nového chování na základě opravených postojů a k dosažení úspěšné sociální adaptace. Dynamická terapie je často dlouhodobá, časově náročná a zaměřuje se na hluboké a trvalé změny v klientově psychice (Kratochvíl, 2017).

V české republice je dynamická psychoterapie jedním z nejvíce přijímaných směrů. Nejvíce se rozšířila ve skupinovém pojetí, kde využívá skutečnosti, že jedinec do skupinového dění přináší vzorce chování ze svého běžného života. To umožňuje získat nadhled a přijímání zpětné vazby od ostatních na takové chování, které je sebedopřívající a přispívá k neurotizaci (Andrlová, 2005).

3.4.5 Daseinsanalytická psychoterapie

Daseinsanalytická léčba se nezaměřuje primárně na nemoc, na traumata, konflikty a minulé zážitky, ale na existenci, na “ bytí zde”. Zaměřuje se na to, co se člověku bezprostředně ukazuje. Požaduje po pacientovi úsilí a upřímnou a náročnou snahu po pravdivém vnímání a poznávání vlastního života (Růžička, 2011).

Daseinsanalytická psychoterapie se zaměřuje na lidskou existenci jako na celek. Zdůrazňuje jedinečnost a neopakovatelnost osobnosti pacienta a individuální přístup k němu. Oproti KBT se nezaměřuje na chování, ale především na subjektivní zkušenost jedince (Vymětal, 2010).

V psychoterapii hledá daseinsanalýza způsob existence, který je snesitelným a pevným způsobem bytí ve světě. Terapeutickým prostředkem je především vztah k pacientovi, který chápe jako komunikaci jedné existence s druhou, nazývaným často setkáním, v němž je rozhodující vnitřní zkušenost. Postoj k technikám, který vyplývá z přesvědčení, že pro pacienta je osudné, kdyby byl léčen jako objekt, je spíše rezervovaný (Vymětal, 2010).

Cílem tohoto terapeutického přístupu je uvolnění pacientových dřímajících možností a jednání na jejich základě. Pacient má pochopit a uskutečňovat svou vlastní existenci,

zdůrazňuje se jeho individuální možnost volby. Finálním cílem tedy je, aby byl pacient sám sebou (Kratochvíl, 2017).

3.5 Cíle dětské psychoterapie

Geldardová (2008) popisuje základní cíle dětské psychoterapie. Vzhledem k podobnosti s cíli psychoterapie u adolescentů jsou zde zmíněny:

1. Zprostředkování možnosti dosažení vývojových milníků a zejména dospělosti je prvním cílem. Je to důležité zejména pro ty jedince, kteří mají potíže s rozpoznáváním nebo hodnocením skutečnosti, protože porucha orientace ve světě a ve vlastním já jim může bránit v dosažení dospělosti. To se může projevovat například přehnaným nebo nedostatečným vnímáním rizika nebo dosažení vlastních cílů, zkresleným vnímáním a myšlením atd.
2. Naučit jedince strategie pro zvládání bolestivých emocí a umožnit dosažení určité úrovně z hlediska jeho myšlenek, emocí a chování. Tyto cíle jsou vhodné pro ty, kteří projevují citovou nestabilitu, jež se projevuje například nezvladatelnými výkyvy emocí nebo přetrvávajícím dominováním určité emoce (například strachu, smutku atd.), což narušuje jejich orientaci a chování v konkrétních situacích.
3. Umožnit adolescentům vybudovat si pozitivní obraz o sobě a naučit je přijímat své limity i silné stránky a vést je k pocitu, že jsou v pořádku. Tento směr práce je relevantní pro ty, kteří selhávají v situacích a úkolech, přestože mají dostatečné schopnosti a znalosti k jejich splnění. Jedná se o problémy výkonového selhání, kde jedinec selhává kvůli osobnostním faktorům, jako je přetížení, nevhodné nebo nedostatečné učení atd.
4. Doprovázet dospívající ke změně takových druhů chování, které mají negativní dopady na jejich život. Tento cíl je vhodný i pro skupinovou psychoterapii a reaguje na sociální neadaptibilitu spojenou s problémy v navazování a udržování zdravých, rovnocenných a uspokojivých vztahů.

3.6 Skupinová psychoterapie

Kratochvíl (2005) definuje skupinovou psychoterapii jako postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tedy vztahy a interakce mezi členy a terapeutem

a také mezi členy navzájem. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí.

Hartl a Hartlová (2009) definují skupinovou terapii jako terapii probíhající ve specificky vytvořené skupině klientů, kteří sdílejí společný zájem a vzájemně si svěřují své problémy.

Mezi cíle skupinové psychoterapie můžeme zařadit: zlepšení mezilidských vztahů a komunikace, umění dostávat a poskytovat podporu a zpětnou vazbu, experimentování s novým chováním ve vztahu k lidem, zlepšení sebedůvěry, prodělání osobní změny v rámci skupiny s očekáváním přenesení do běžného života (Yalom, 2010).

Čálek chápe cíl skupinové psychoterapie tak, že pacient by měl dosáhnout stavu zdraví, ve kterém bude schopen žít svobodně a samostatně, přičemž bude moci autenticky vyjadřovat sám sebe. Měl by být schopen adekvátně reagovat na výzvy a situace, se kterými se setkává, což povede ke zmizení chorobných příznaků (Růžička, 2011).

3.7 Účinné faktory ve skupinové psychoterapii

Yalom (2021) představuje jedenáct základních faktorů klíčových pro skupinovou psychoterapii. Těmi jsou: dodávání naděje, univerzalita, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj socializačních technik, napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze a existenciální faktory.

Kratochvíl (2005) rozděluje faktory důležité pro skupinovou psychoterapii do deseti kategorií:

Členství ve skupině: Účast na skupinách a náležitost ke skupině jsou pro klienta velmi důležité.

Emoční podpora: Klienti se učí vcítit se do ostatních, což také podporuje naději.

Pomáhání jiným: Důležité je nejen dostávat pomoc od ostatních, ale také ji nabízet a poskytovat.

Sebeexplorace a sebeprojevení: Klienti mají možnost odhodit své masky a svěřit se se svými trápeními.

Odreagování: Klienti si vybavují a případně znovu prožívají emoce spojené s těžkými situacemi z minulosti.

Zpětná vazba: Poskytování a přijímání zpětné vazby.

Náhled: Klienti získávají nový pohled na sebe sama a na problematické aspekty, které si dříve neuvědomovali.

Korektivní emoční zkušenost: Klienti znovu prožívají a zpracovávají emoční zážitky.

Zkoušení a nacvik nového chování: Klienti mají možnost zkoušet a nacvičovat nové způsoby chování.

Získání nových informací a sociálních dovedností: Klienti se učí nové informace a zlepšují své sociální dovednosti, což může zahrnovat i napravení nefunkčních vztahů či vzorců chování.

3.8 Daseinsanalýza

Daseinsanalýza je filozoficky orientovaný psychoterapeutický směr, jehož kořeny sahají z jedné strany k existenciální filosofii Martina Heideggera, z něhož přebírá základní myšlenkové principy a z druhé strany k fenomenologické metodě Edmunda Husserla. Za zakladatele daseinsanalýzy jsou považováni Medard Boss a Ludwig Binswanger, který poprvé použil výraz daseinsanalýza a to v roce 1941. Název daseinsanalýzy složil ze dvou částí. Od Martina Heideggera převzal slovo “dasein”, které Jan Patočka přeložil slovem „pobyt“ a od Freuda pojem analýza (rozbor) (Andrlová, 2005).

Čálek zdůrazňuje že, daseinsanalýza sama sebe nechápe jako jeden z mnoha psychoterapeutických směrů a škol, ale snaží se o reformu psychoterapeutické praxe a teorie. Vychází sice z filozofie, ale v žádném případě není jen její aplikací. Filozofie jí pomáhá lépe nahlédnout možnosti a předpoklady léčby (Růžička, 2011).

Daseinsanalýza se nesnaží o jednotný pohled na svět, ale respektuje pohled a stanovisko každého člověka ke světu, který si vytváří. Jejím cílem je pomoci pochopit pacientovi jeho jedinečnou existenci. Hlavní důraz klade na terapeutický vztah - na setkání mezi terapeutem a klientem/pacientem, na schopnost vzájemného naladění, porozumění a intuitivního prožívání. Vnímá terapeutický vztah jako bezprostřední vztah dvou lidí, v němž je prostor pro společné prožívání a sdílení. Předpokládá, že člověk je schopen uvědomovat si sám sebe a to, co dělá, činit rozhodnutí a nést zodpovědnost za své jednání, uvědomit si možnost izolace a ztráty významných vztahů a přijmout možnost smrti (Čálek, 2004).

Terapeut je ke klientovi autentický a zdůrazňuje jeho jedinečnost a neopakovatelnost (Andrlová, 2005).

Počátky daseinsanalýzy v České republice jsou spojeny se jménem Jiřího Němce, který se s tímto psychotherapeutickým směrem seznámil ve Švýcarsku. V rámci fenomenologických seminářů Jana Patočky pak byla daseinsanalýza diskutována a rozvíjena. Do klinické praxe ji koncem 70. let uvedli Oldřich Čálek, Jiří Růžička, Leoš Horák. Na počátku 90. let byl zorganizován první komunitní a skupinový daseinsanalytický výcvik (Andrlová, 2005).

Růžička (2011) zdůrazňuje fenomenologický a celostní přístup. Fenomenologický přístup spočívá v ponechání člověka a lidství tím, čím je. Neklade nárok na zařazení do žádné jiné kategorie, která by ho činila něčím, čím sám není. Člověk je člověk a tomu lze porozumět jen z něho samého, z jeho vlastního způsobu bytí. Toto porozumění je primární, je jeho pravou přirozeností, tedy člověk si vždy již nějak rozumí. Porozumění je neoddělitelně spojeno s řečí, kterou daseinsanalýza nechápe jen jako prostředek komunikace, ale jako něco, co teprve otevírá svět, umožňuje porozumění. Celostní přístup spočívá v nahlížení na člověka jako na celek, klíčové je zde jedincovo vnímání významů a souvislostí. Daseinsanalýza pojímá celistvě také terapeutickou skupinu.

3.9 Skupinová daseinsanalýza

Daseinsanalýza byla od svého vzniku v roce 1941 terapií individuální. V České republice ji o skupinovou formu rozšířili Oldřich Čálek a Jiří Růžička. Skupinová daseinsanalýza vznikla jako reakce na potřebu aplikovat principy daseinsanalýzy v kontextu mezilidských vztahů a skupinové dynamiky (Růžička, 2020).

Čálek (2011) poukazuje na to, že skupinová daseinsanalýza čerpá z interpersonálních vztahů a sdílených zkušeností, které jsou klíčové pro hlubší pochopení individuální existence. Tento přístup se zaměřuje na autentické bytí ve skupině, kde každý člen přináší svůj jedinečný pohled na svět a přispívá k celkové dynamice skupiny.

Růžička (2011) popisuje, že skupinová daseinsanalýza se zaměřuje na vytváření prostoru pro otevřenou komunikaci a autentický dialog. Proces zahrnuje sdílení zkušeností, naslouchání druhým, poskytování zpětné vazby a společnou reflexi. Tento přístup podporuje hlubší pochopení sebe samých skrze interakce s ostatními členy skupiny, což vede k transformaci a osobnímu růstu.

Daseinsanalýza chápe všechny vztahy jako původní a pravé, nejen jako "přenosy" či "projekce". Vztahy ve skupině se od těch z běžného života liší tím, že jsou léčebné. Léčebnost je daná tématy, o kterých se na skupině hovoří, nerozebírají se věcná témata, ale pacientův konkrétní život. Jde o ponechání vztahů tím, čím jsou, o jejich autentické prožití tady a teď. Stejným způsobem přistupuje terapeut i k událostem na skupině. Nechává je být tím, čím jsou, přistupuje k nim bez předem nastaveného interpretačního rámce (Růžička, 2011).

Čálek (2018) zdůrazňuje, že skupinová daseinsanalýza využívá tzv. "pole bytí," kde každý člen skupiny přispívá k celkovému kontextu a atmosféře skupiny. Toto pole bytí je dynamické a proměnlivé, odrážející aktuální stav a interakce mezi členy.

Skupinová daseinsanalýza má v terapeutické praxi významné místo. Růžička (2020) a Čálek (2018) shodně tvrdí, že tento přístup umožňuje hlubší porozumění individuálním a kolektivním prožitkům. Díky tomu, že členové skupiny sdílejí své zážitky a reflektují na ně společně, dochází k vytvoření bohatého a podpůrného prostředí, které podporuje osobní růst a transformaci.

Skupinová daseinsanalýza také umožňuje rozvoj sociálních dovedností a empatie. Členové skupiny se učí naslouchat druhým a poskytovat konstruktivní zpětnou vazbu, což přispívá k jejich osobnímu rozvoji a schopnosti lépe fungovat v mezilidských vztazích. Růžička (2020) zdůrazňuje, že tento přístup může být obzvláště užitečný pro jedince, kteří se potýkají s problémy v sociálních interakcích nebo trpí pocity izolace.

V daseinsanalytické skupinové praxi se s pocity pracuje prostřednictvím vzájemně akceptujícího a respektujícího naladění skupiny, které podporují jak terapeuti, tak pacienti. Důležité je prožívání pocitů přímo "tady a teď" ve skupině, což umožňuje přímá interakce a zaměření na aktuální okamžik. Pacienti mohou zkoumat a vyjadřovat své pocity otevřeně, přičemž někteří z nich slouží jako přirozené příklady pro ostatní, čímž se usnadňuje uvolnění pocitů. Diskuze a reflektování pocitů ve skupině, kdy členové vyjadřují své vlastní prožívání a vypravěč epizody diskutuje, jak to cítí on sám, pomáhá lépe pochopit a prožívat vlastní emoce. Práce s patologickými tělesnými pocity, jako je brnění nebo bolest, zahrnuje exploraci a porozumění jejich významu, což uvolňuje přirozené emoční prožívání. Terapeut také pomáhá pacientovi zaměřit se na současné pocity, čímž umožňuje, aby pacient přemohl staré automatizované emoce a nahradil je novými, adekvátními pocity, které jsou relevantní pro aktuální situace (Čálek, 2010).

4 Daseinsanalytická skupinová psychoterapie s adolescenty

Tato kapitola popisuje daseinsanalytickou adolescentní psychoterapeutickou skupinu, do které měla autorka možnost docházet na půlroční stáž. V této kapitole vychází autorka výhradně ze své zkušenosti.

4.1 Specifika terapeutického přístupu na skupině

Skupina se schází pravidelně jednou týdně, v časovém rozmezí od září do června. Každé setkání skupiny trvá celkem 2 hodiny, je rozděleno na dvě části, z nichž každá má 45 minut a jsou od sebe odděleny patnáctiminutovou přestávkou.

Většina setkání probíhá postupným sdílením událostí uplynulého týdne každého z účastníků, během kterého mohou reagovat a vstupovat do diskuze jak terapeuti, tak klienti. Skupinové sezení probíhají v přirozeném a uvolněném duchu, kde se čeká na spontánní otevření témat, která reflektují aktuální životní situaci každého člena skupiny. Témata, jako jsou např. strach z odlišnosti, mlčení, smrt blízkého, osamělost, konflikty s rodiči, sexualita a další, jsou následně probírána z pohledu toho, jak je vnímá nejen sdílející člen skupiny, ale i ostatní. Tento proces není zaměřen na hodnocení, ale na porozumění a podporu. Terapeuti tímto respektujícím a nenátlakovým přístupem pomáhají účastníkům dosáhnout autentické reflexe jejich osobního prožívání, které zahrnuje plynulý tok myšlení, citění, vnímání a intuice jedinečné lidské bytosti. Klíčové pro terapeuty je podporovat účastníky v otevřenosti – vůči sobě i ostatním. Tato otevřenost, která se rozvíjí v bezpečném a důvěrném prostředí, umožňuje účastníkům lépe pochopit svou vlastní naladěnost a osobní životní situaci. Z terapeutických technik je nejvíce používán rozhovor, jen zřídka nějaká z jiných technik, například nějaká forma arteterapie.

Na skupině platí pravidlo, že mluví jen jeden, dále pravidlo mlčenlivosti - “co se řekne na skupině, to zůstane na skupině” a také pravidlo stop - “nemusím mluvit o tom, o čem mluvit nechci”.

V případě, že se některý z členů skupiny cítí být přesycen skupinovým děním či vlastním prožíváním, může ze skupiny na chvíli odejít a to tak, aby to příliš nenarušovalo průběh skupiny. Důležité ale je následně pak sdílet, co vše v danou situaci prožíval, jak ji rozuměl, co

potřeboval od skupiny a terapeutů. Skupina a terapeuti mu také sdělí osobní chápání dané situace, čímž lze dosáhnout hlubšího porozumění jedinečné lidské situovanosti na pozadí konkrétního životního příběhu.

Všichni na skupině (účastníci, terapeuti i stážisti) si mezi sebou tykají.

Skupina má stálé členy, kteří sem dochází již několik let a je průběžně doplňována novými. Na skupině se v průběhu roku střídají stážisté, jeden pobyt zde setrvá většinou tři měsíce. Stážisté průběžně připravují z docházkové skupiny podklady pro zápis, v němž je zachycen průběh skupinového dění se shrnutím klíčových událostí týkajících se chování a prožívání členů skupiny. Po každém skupinovém setkání probíhá mezi stážistou a terapeutem rozhovor, kde je čas pro sdílení prožitků, dotazů, edukaci.

Jednou za měsíc se terapeuti také setkávají s rodiči adolescentů v rámci rodičovské skupiny. Zde je možné sdílet, podporovat, rozvíjet nejen specifické výchovné styly rodičů, ale také je i jejich děti oceňovat za pokroky v oblasti vzájemného respektu a porozumění.

V případě potřeby je možné doporučit rodičům individuální, párovou či rodinou terapii či se přímo zkontaktovat s dalšími zaangażovanými odborníky (učiteli, psychiatry, sociálními pracovníky) ať už individuálně či formou případové konference.

4.2. Autorčina osobní zkušenost s bytem na skupině v roli stážistky

Ze začátku to byl hlavně šok. Nad čím? Nad tou obrovskou mírou autenticity, kterou jsem na skupině vnímala. Nemůžu říct, že bych do té doby nevěděla, co je to daseinsanalýza -slyšela, četla a snila jsem o ní mnoho. Ale naživo to bylo jiné. Naživo byl daseinsanalytický přístup mnohem barevnější. Pamatuji si jaké to bylo, když jsem byla na skupině poprvé, bylo to v říjnu roku 2023.

Před první skupinou jsem byla plná očekávání, které ale nebylo nijak konkrétní. Nechtěla jsem si dopředu vytvářet představu, nároky na sebe, na klienty nebo terapeuty, ale naopak jsme chtěla jen bez hodnocení vnímat, co skupina přinese. Před začátkem skupiny jsem si s terapeutem sedla a dostala jsem informace o aktuálním dění ve skupině. Dva kluci se tam teď poprali, jeden dostal podmíněné vyloučení ze skupiny. Mým úkolem bude z každého setkání sepsat zápis, zapojovat se můžu tak, jak uznám za vhodné, sdílet osobní informace také. Vybavena těmito informacemi jsem přišla na svou první skupinu.

Na tom prvním setkání mou pozornost ihned zaujal jeden kluk. Pro účely tohoto textu ho nazvěme Maty. Maty byl tenkrát ve velké tenzi, což jak jsem zjistila na dalších setkáních, nebyl výjimečný stav. Vycházela nejen z jeho onemocnění, ale i z přítomnosti dalšího z kluků, se kterým neměl Maty dobrý vztah. Jeho neklid se projevoval obrovským psychomotorickým neklidem, neschopností dát prostor druhým a hlavně neschopností vůbec vydržet v místnosti. Neustále odcházel pryč ze skupiny a znovu přicházel. To bylo to první, co mě šokovalo, asi jsem vždy měla představu nalajnovaných skupin - musí se začít včas, za pozdní příchod jsou sankce a kdo odejde, už se ten den nesmí vrátit. Už první skupinové setkání mi tuto představu dost narušilo. Tahle časoprostorová volnost mi zprvu připadala neuchopitelná, časem se pro mě ale stala nezpochybnitelnou. Jak jinak vést skupinovou psychoterapii, než tak, že její účastníci mají pocit svobody? Zároveň tu musí být hranice a Maty ten den ty hranice dost testoval tím, že svým odcházením velmi narušoval chod skupiny. Vracel se dost hlučně a narušoval ostatním jejich sdílejší prostor, zároveň stále naléhal na některé členy skupiny, ať s ním jdou ven. Terapeuti podporovali ostatní v tom, že se mohou vymezit a říct ne, pokud to tak cítí. Na druhé straně se snažili Matyho uklidnit a nastavovat mu hranice v tom, že není v pořádku na někoho tlačit i přes jeho ne. Ne je zkrátka ne. V tu chvíli jsem si pomyslela: jaká je má role? Co mám v takové chvíli udělat? Napadlo mě, nabídnout Matymu, že s ním ven můžu jít já. Má přítomnost na skupině nebyla nutná, měla jsem tedy prostor doprovodit ho ven. Souhlasil.

Mé pochybnosti o mé roli neskončily ani venku. Co všechno mám Matymu odkrýt? Velmi mě toužil poznat a vypytl se na hodně osobních věcí. Neměla jsem důvod mu lhát, a tak jsem mu o sobě během té chvíle, co jsme spolu byli venku, prozradila dost. O týden později, prakticky bez kontextu, vyslovil Maty na skupině jednu z informací, které jsem mu tehdy mimo skupinu sdělila. Nijak mi nevadil fakt "odkrýt", ale ten moment byl zvláštní. Byl zvláštní, protože se pozornost celé skupiny přesunula ke mně. Nevěděla jsem, jak mám reagovat. Nechtěla jsem, abychom se bavili o mě, nechtěla jsem totiž nikomu krást čas. Vážila jsem si možnosti na skupině být a nechtěla jsem svou přítomností narušovat chod skupiny.

Téma kolik prostoru, jakým způsobem a kdy si ho zabírat ve mě rezonovalo celého půl roku. A jednoznačnou odpověď jsem nenašla. Přijde mi to jako nikdy nekončící balancování a vyhmátávání toho, kolik je málo a kolik je moc. Jak poznat, co je akorát, kdy se hodí promluvit a kdy se spíše stáhnout? V roli stážistky mi tohle hledání přišlo složité a nejasné, ale zároveň mám pocit, že je přítomno i na straně klientů i na straně zkušených terapeutů. Je potřeba neustále hledat a zkoušet. A to ve všech rolích na skupině.

Další rovinou, která mě šokovala, byly fyzické doteky. Na první skupině jsem seděla vedle Matyho a jak jsem popsala výše, byl velmi neklidný. Jeden z terapeutů se ke mně naklonil a poradil mi, že na něj dobře funguje fyzický dotek. Nevěděla jsem, co si s touhle informací počít. Mám se ho dotknout? Můžu? Na konci skupiny se Maty hodně klepal, chtěl někoho držet za ruku. Oslovil přitom jednotlivé členy skupiny mimo mne a terapeutů. Nikdo nechtěl. Odvážila jsem se a nabídla mu tu svojí. Krok do nekomfortní zóny, jelikož na rozdíl od Matyho, mě doteky spíše znervózňují, než uklidňují. Ale chtěla jsem to zkusit. Byl to hrozně zvláštní okamžik. Silný. Doteď si pamatuji, jak Maty pevně svíral mou ruku a klepal se. Třásl tak i se mnou. Pamatuju si, jak se postupně pod vlivem mého doteku jeho třes zklidňoval. Jeden dotek dokázal to, co nezvládla všechna slova pronesená k Matymu během skupiny. Vždycky jsem měla za to, že dotek je za hranicí. Čeho? Etiky, pravidel terapie, blízkosti, kterou by terapeutický vztah měl mít... Ale proč by mělo? Fungovalo to. Komunikace s Matym je takhle přímější, jednodušší, tak proč tuhle cestu nezvolit?

V tomto textu se hodně zaměřuji na mou zkušenost s Matym a opomím zbytek skupiny. Ráda bych řekla, že mě vztah k němu nestrhnul a zvládla jsem vnímat i ostatní události na skupině. Ale nebylo to tak. Minimálně ne prvních několik měsíců. Maty strhával pozornost mou i všech ostatních a Yalom by ho asi nazval “charakterově obtížným klientem”. Ale já jsem si k němu vytvořila blízký vztah. Záleželo mi na něm a každou skupinu jsem se snažila, aby to neovlivňovalo mé vztahy k ostatním a mou objektivitu v jeho sporech s ostatními. Byl pro mě výzvou a zapsal se mi do srdce. Zároveň jsem ale díky němu velmi často přemýšlela nad tím, o čí zájem vlastně jde? Jde vůbec zařídit, aby bylo vždy vyhověno všem účastníkům? Vedla jsme s terapeuty na toto téma diskuse. Stále více se vynořovalo téma: Jsou důležitější jedinci nebo skupina jako celek? Vzhledem k faktu, že Maty dynamiku skupiny zásadně trvale narušoval, domluvili přibližně v polovině mé stáže terapeuti s rodiči a Matym pravidlo, že bude docházet pouze na jednu hodinu. Skupině se ulevilo, bylo víc místa pro ostatní. Ale Maty nesl jen těžce, že s ostatními nemůže být celé dvě hodiny. Vlastně je to zvláštní. Víím, že mé zaměření vždy ve všech skupinách není na jednotlivce, ale na skupinu jako celek. To pro mě má vždy prioritu a zájmy skupiny jsou pro mě před zájmy jedinců. Maty tenhle můj způsob vnímání narušil, myslím, že místy mi šlo víc o něj než o skupinu. Jsem jemu a celé skupině vděčná za tuhle zkušenost, které mě vrátila zase zpátky k otázce, kterou jsem si myslela, že mám zodpovězenou. Má prioritu skupina jako celek anebo jedinečnost trpícího člověka?

Fascinovala mě také blízkost vztahů účastníků a terapeutů. Bylo citelně znát, že terapeutům hluboce záleží na životech a osudech klientů. Ne pouze profesionálně, ale lidsky. Zároveň bylo běžné i příležitostné sebeodkrývání terapeutů, pokud to dávalo vzhledem ke kontextu situace smysl. Přišlo mi, že nic víc není potřeba, že k léčebnému procesu stačí tenhle vztah. Žádné teorie, přehnaná pravidla a sofistikované metody. Jen ten vztah.

Obdivovala jsem také schopnost poctivé sebereflexe všech účastníků. Už na první skupině, a i na všech dalších nikdo neměl problém přesně popsat s čím na skupinu přichází, jak se jejich téma vyvíjí a hlavně, jaký podíl na tom celém mají oni a jaký ostatní. A každou další hodinu poctivě pokračovali v té titěrné seberefektivní práci s obrovskou touhou dojít skutečně k jádru sebe sama. Pozorovala jsem to s lehkým steskem. Vnímám, že čím jsem starší, tím méně kolem sebe mám lidí, kteří by odváděli takovou práci jako adolescenti na této skupině. Také u mě tahle schopnost poctivé sebereflexe už velmi zeslábla, ačkoliv v mém dospívání byla stejně silná jako ta, kterou jsem měla možnost pozorovat. V tomto, a nejen v tomto, ohledu pro mě bylo velmi inspirující trávit čas na skupině a jsem za tyhle setkání moc vděčná.

5 Výzkum

Následující kapitola popisuje vybrané metody a postupy použité pro tento výzkum. Seznamuje nás s výzkumným problémem a cílem výzkumu, dále s výběrem zkoumaného vzorku a průběhem sběru dat. Pro práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu a data byla vyhodnocena pomocí tematické analýzy.

5.1 Hlavní výzkumná otázka

Hlavním cílem tohoto výzkumu je prozkoumat a pochopit, jak účastníci skupinové psychoterapie vnímají a prožívají svou účast na této formě terapie. Skupinová psychoterapie je široce využívána pro léčbu různých psychických potíží, avšak individuální zkušenosti účastníků se mohou výrazně lišit. Hlavní výzkumná otázka, kterou si autorka pokládá je:

Jak adolescenti prožívají svou účast na skupinové psychoterapii?

Vedlejší výzkumné otázky jsou:

Jaké faktory ve skupinové psychoterapii považují adolescenti za účinné?

Jaké je role rodičů v procesu skupinové psychoterapie jejich dětí?

Jakou roli hrají vzájemné vztahy v procesu skupinové psychoterapie?

Tento výzkum se zaměřuje na kvalitativní analýzu prožitků jednotlivců, kteří se účastní skupinové psychoterapie, s cílem identifikovat klíčové aspekty, které ovlivňují jejich zkušenosti.

5.2 Osobní předporozumění zkoumanému tématu

U kvalitativního výzkumu je důležité, aby výzkumník zůstal nezaujatý svými předpoklady a během výzkumu nepodsouval respondentům své vlastní teorie (Miovský, 2006). Důležitou částí výzkumné práce je tedy schopnost autorky reflektovat své vlastní domněnky a představy o zkoumaném tématu. Autorka s tématem adolescentní psychoterapie měla zkušenost na půlroční stáži, během které měla možnost utvořit si o adolescentech a jejich vnímání skupinové psychoterapie svůj vlastní pohled. Autorka očekává, že nejčastěji adolescenti přicházeli na skupinu kvůli problémům v rodině nebo psychickým problémům,

které se projevovaly ve všech oblastech jejich života. Autorka se domnívá, že vztah rodičů k terapii jejich dětí bude různý, objeví se ti, kteří v docházení na psychoterapii adolescenty podporují a ti, kteří s psychoterapií mají problém. Dále se autorka domnívá, že na rodičovskou skupinu, která je víceméně spíše dobrovolná, většina z rodičů nedochází, protože “oni problém nemají”. Autorka se dále domnívá, že většina adolescentů má na skupině spíše pozitivní vztahy, a ačkoliv občas mají s někým konflikt, není to dlouhodobé. Autorka předpokládá, že nejčastější pocity na skupině nebudou moc pozitivní, odhaduje, že adolescenti nejčastěji prožívají smutek, vztek, bolest, a to kvůli tomu, že na skupině tyto emoce ventilují, zatímco jinde si to nemohou tolik dovolit. Autorka dále předpokládá, že mezi klady skupiny většina zařadí: možnost mít se kde svěřit, blízké vztahy a pocit, že mám v někom oporu. Mezi zápory například: nedostatek prostoru k mluvení, nutnost poslouchat druhé, i když mě to nezajímá a negativní vztahy k některým účastníkům. Autorka se domnívá, že většina adolescentů bude vnímat velkou změnu před začátkem docházky na skupinu a stavem teď. Autorka dále předpokládá, že u rodičů to bude z pohledu jejich dětí různé, jsou ti, kteří pomáhají a snaží se a ti rodiče, kteří tak nečiní, a naopak přispívají k problémům svých dětí. Dále se autorka domnívá, že většina participantů prožívá nepochopení ze strany rodičů. Autorka předpokládá, že adolescenti doporučí těm, kteří by chtěli na skupinu docházet, že jestli je to láká a chtějí pro sebe něco udělat, tak ať se nebojí a jdou do toho.

5.3 Výzkumný soubor

Účastníci výzkumu byli vybráni prostřednictvím nepravděpodobnostního výběru, konkrétně pomocí metody záměrného (účelového) výběru. Tato metoda je nejčastěji využívána v kvalitativním výzkumu, kde se účastníci vybírají cíleně podle určitých charakteristik. Znamená to, že jsou předem stanoveny určité požadavky, které musí účastníci splňovat, a na základě těchto kritérií jsou vybráni pouze ti, kteří je naplňují (Miovský, 2006).

Tento výzkumný soubor tvoří čtyři adolescenti, kteří byli vybráni na základě dvou hlavních kritérií:

- 1) účast na skupinové psychoterapii delší než 3 měsíce
- 2) adolescentní věk

Potenciální participanty oslovila autorka během docházení na stáž na adolescentní daseinsanalytickou skupinu. Bylo osloveno celkem osm členů skupiny, polovina z nich účast ve výzkumu odmítla.

5.4 Zvolená výzkumná metoda

Pro praktickou část této práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Tento přístup byl vybrán především z toho důvodu, že umožňuje detailní a hloubkovou analýzu jednotlivých případů, což vede k podrobnému porozumění jejich zkušenostem s danou problematikou. Dalším důvodem pro výběr kvalitativního výzkumu byl specifický výběr cílové skupiny adolescentů navštěvujících skupinovou psychoterapii, u kterých by mohl jiný typ výzkumu narážet na problém s nedostatkem respondentů, protože se jedná o velmi specifickou a relativně málo početnou skupinu.

5.4.1 Metodika analýzy dat

Pro tento výzkum byla zvolena metoda tematické analýzy, kterou Braun a Clarke (2006) popisují jako „metodu identifikace, analýzy a popisu vzorců (témat) v datech,“ přičemž zdůrazňují její flexibilitu. Autorka výzkumu se rozhodla využít teoretický přístup v tematické analýze, který zahrnuje předem stanovenou výzkumnou otázku. Na základě doporučení si autorka nejprve prostudovala odbornou literaturu týkající se dané problematiky, což jí pomohlo při analýze zohlednit důležité aspekty dat.

Braun a Clarke (2006) popisují proces analýzy ve formě šesti hlavních fází, mezi kterými je možné se podle potřeby vracet, tak aby nebyly opomenuty žádné podstatné informace. Autorka výzkumu proto využila následující postup:

1. **Seznámení se s daty:** Prvním krokem je převod dat do vhodného formátu a jejich opakované pročítání, které slouží jako základ pro další fáze analýzy.
2. **Vytváření počátečních kódů:** Kódy identifikují podstatné významy pod povrchovou vrstvou dat. Výzkumník si všimá zajímavých a opakujících se prvků a vzorců, které mohou sloužit jako základ pro vytváření témat. Výsledkem by měl být počáteční seznam zajímavých kódů.
3. **Hledání témat:** Tato fáze zahrnuje přezkoumání kódů a jejich třídění do potenciálních témat. Pro lepší přehlednost je vhodné využívat tabulky a myšlenkové mapy.

4. **Přezkoumávání témat:** Jde o kontrolu kvality vytvořených kódů a témat. Výzkumník znovu prochází zjištěné poznatky, definuje hranice mezi tématy a ověřuje, zda něco neopomenul.
5. **Definování a pojmenování témat:** V této fázi se stanovují definice témat a jejich obsah. Zároveň se určují vztahy mezi jednotlivými tématy a jejich význam.
6. **Podání zprávy:** Posledním krokem analýzy je sepsání závěrečné zprávy o zjištěných tématech (Braun a Clarke, 2006). Autorka výzkumu se této fázi věnuje v následující kapitole.

5.4.2 Průběh sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která umožnila udržet předem stanovenou strukturu a zároveň klást doplňující otázky podle potřeby. Autorka přizpůsobovala strukturu rozhovoru aktuálnímu dění, ale dbala na to, aby se účastníci neodklonili příliš daleko od tématu. Účastníky v průběhu rozhovoru povzbuzovala, aby se soustředili hlavně na své osobní prožívání.

Sběr dat probíhal v období od ledna do března 2024. Dva rozhovory byly vedeny osobně v prostorách, ve kterých se odehrává skupinová psychoterapie, zatímco další dva se uskutečnily online. Čas a místo tak byly přizpůsobeny možnostem respondentů. Autorka kladla důraz na vytvoření přátelské atmosféry. Účastníci odevzdali informované souhlasy podepsané jejich zákonnými zástupci i jimi samotnými, a pokud měli otázky týkající se výzkumu, byly jim zodpovězeny. Rozhovory trvaly od třiceti minut do hodiny a čtvrt a nebyly nijak časově omezené. Po skončení rozhovoru byl prostor pro reflexi pocitů a případné otázky.

Dalším krokem byl přepis zvukových záznamů z diktafonu do textového formátu, který sloužil k analýze dat. Přepis rozhovorů byl, kromě anonymizace osobních údajů, proveden bez dalších úprav. Poté se autorka zaměřila na samotnou analýzu dat.

5.5 Etické aspekty výzkumu

Členové skupiny byli nejdříve osloveni s dotazem, zda mají zájem zúčastnit se výzkumu. V případě, že souhlasili, byli následně osloveni jejich rodiče s dotazem, zda v roli zákonných zástupců souhlasí s účastí dítěte v kvalitativním výzkumu. Poté byli všichni informováni o tématu a účelu výzkumu. Vzhledem k nezletilosti respondentů byli poté

požádání zákonní zástupci respondentů, aby podepsaly informovaný souhlas, jehož obsahem byly hlavní informace o výzkumu, dále skutečnost, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná a že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit. V informovaném souhlasu se mimo jiné uvádí, že identita účastníků i dalších osob zmíněných v rozhovoru zůstane zcela anonymní, což zaručuje, že jejich účast nepředstavuje žádná rizika. Autorka toho dosáhla tím, že změnila jména a další identifikační údaje. Účastníci také souhlasili s tím, že rozhovor bude zaznamenán na diktafon a následně přepsán do textové podoby. Byli informováni, že získané informace budou použity výhradně pro výzkumné účely bakalářské práce. Před samotným výzkumem byl sepsán formulář Přehled etických aspektů školní práce zahrnující výzkum na lidech a jejich ošetření, který je, stejně tak, jako informovaný souhlas, součástí příloh bakalářské práce. Pro zajištění ochrany a anonymity participantů nejsou přepisy rozhovorů součástí příloh veřejné části bakalářské práce. Budou k dispozici vedoucímu a oponentovi práce ve zvláštní tištěné příloze.

5.6 Analýza dat a výzkumná zjištění

5.6.1 Představení participantů

Na základě rozhovorů s účastníky skupinové terapie (Maty, Johanka, Andrej a Kája) byli vytvořeny úvodní minikazuistiky, které popisují jejich osobní historii, problémy, které vedly k zapojení do terapie, a zkušenosti se skupinovou terapií.

Maty, 17 let

Maty se dlouhodobě potýkal se šikanou ve škole. Tato šikana měla na Matyho velmi negativní dopad, vedla k rozvoji úzkostí a dokonce i halucinací. Maty často zažíval noční můry, ve kterých ho jeho šikanátoři napadali a ohrožovali jeho rodinu. Tyto zážitky měly na jeho psychiku hluboký vliv a výrazně ovlivnily jeho schopnost navazovat a udržovat mezilidské vztahy. Maty popisuje, jak se mu po nocích zdává o tom, že jeho šikanátoři ubližují jeho blízkým, což mu způsobuje velký stres a úzkost. Kvůli těmto problémům začal Maty navštěvovat skupinovou terapii. Dostal se na ni na základě doporučení ze školy a rozhodnutí rodičů. Na začátku měl Maty obavy z nové zkušenosti, protože nemá rád změny a nové situace mu způsobují úzkost. Nicméně postupem času si na terapii zvykl a začal ji vnímat pozitivně. Zmiňuje, že zpočátku nechtěl na terapii chodit, ale postupem času si uvědomil její přínosy a začal se na setkání těšit. Maty má smíšené zkušenosti se skupinovou

terapií. Oceňuje podporu a možnost komunikovat s ostatními členy skupiny. Na druhé straně však zažil konflikty, například fyzickou potyčku s jedním členem skupiny. Přesto Maty vnímá skupinovou terapii jako pozitivní přínos do svého života, protože mu umožňuje lépe komunikovat a cítit podporu od ostatních. Uvádí, že skupina mu pomáhá zlepšovat jeho komunikační dovednosti a poskytuje mu prostor, kde může otevřeně sdílet své problémy a hledat podporu. Maty také zmiňuje, že jeho rodiče, zejména otec, ho aktivně podporují v účasti na terapii, což mu dodává pocit bezpečí a jistoty. Naopak matka je do terapie zapojena méně, což Matyho někdy znejišťuje a vede k pocitu, že matkou není plně podporován.

Johanka, 16 let

Johanka začala navštěvovat skupinovou terapii kvůli rostoucím úzkostem a sebepoškozování. Tyto problémy byly spojené s konflikty v rodině a pocitem, že nezapadá do kolektivu. Johanka zažila kyberšikanu a fyzickou šikanu ve škole, což prohloubilo její pocity izolace a nesnáze při navazování vztahů. Popisuje, jak zažívala úzkostné stavy a začala se sebepoškozovat, aby zvládla tlak, který cítila ve škole a doma. Johanka se na terapii dostala na základě doporučení své matky, která se o terapii dozvěděla od psychiatra. Navštěvuje terapii dlouhodobě a postupem času se její pocity ohledně terapie měnily, především kvůli změnám v dynamice skupiny. Johanka popisuje, že atmosféra ve skupině se změnila po příchodu nového člena, Matyho. Tento člen výrazně ovlivnil její pocit bezpečí a důvěry ve skupině, což vedlo ke zvýšení její úzkosti a stresu. Maty svým chováním narušoval atmosféru ve skupině, což Johance způsobovalo permanentní stres a obavy, jak bude reagovat na její sdílení. Navzdory těmto výzvám Johanka oceňuje, že terapie jí poskytuje strukturu a podporu, a vidí, že podobné problémy mají i ostatní, což jí pomáhá cítit se méně osaměle. Johanka si váží toho, že má v terapii pevný bod, na který se může spolehnout, a uvědomuje si, že její problémy nejsou ojedinělé, což jí dodává pocit sounáležitosti. Johanka se cítí nedostatečně podporována ze strany rodičů, zejména kvůli tomu, že její problémy často zlehčují. Tento nedostatek důvěry v jejich reakce jí brání v tom, aby se jim otevřeně svěřila se svými problémy. Popisuje, že její rodiče často říkají, že její problémy nejsou tak závažné, což jí brání v tom, aby jim věřila a otevřeně s nimi komunikovala.

Andrej, 16 let

Andrej si prošel šikanou a problémy v mezilidských vztazích, Na skupinovou terapii začal docházet na základě doporučení své matky, která vnímala jeho problémy a hledala

způsob, jak mu pomoci. Andrej má většinou pozitivní zkušenosti se skupinovou terapií. Oceňuje podporu, kterou získává od ostatních členů skupiny, a možnost zlepšovat své komunikační dovednosti. Andrej popisuje, že hlavně dříve měl na skupině problém s projevy své agrese a komunikací. Přesto vnímá, že skupinová terapie mu pomáhá zlepšovat své dovednosti a poskytuje mu prostor, kde může otevřeně hovořit o svých problémech a hledat podporu. Andrej uvádí, že jeho rodiče se mu snaží pomáhat, ale často nevědí jak na to.

Kája, 17 let

Kája přišla na skupinu kvůli problémům ve škole. Cítila se vyčleněná a byla vystavena šikaně ze strany spolužáků, což výrazně ovlivnilo její sebevědomí a schopnost navazovat a udržovat sociální vztahy. Popisuje, jak se cítila izolovaná a nesvá, což jí způsobovalo velký stres a úzkost. Tyto problémy vedly ke zhoršení její psychické pohody a ovlivňovaly její každodenní život. Na skupinovou terapii se dostala na základě doporučení školního poradce, který navrhl terapii jako způsob, jak řešit její problémy. Matka ji v tomto rozhodnutí podpořila a aktivně se zajímala o její pokroky v terapii. S tátou Kája momentálně neudrží vztah. Problémy ve vztazích k rodičům byly také jedním z důvodů jejího navštěvování psychoterapie. Kája má ve skupině převážně pozitivní zkušenosti. Oceňuje podporu od ostatních členů a možnost otevřeně sdílet své problémy. Tato podpora jí pomohla cítit se méně osamělá a získat nové perspektivy na své problémy. Nicméně občas zažívá konflikty kvůli rozdílným názorům a nedorozuměním. Vztahy na skupině má spíše pozitivní, ale ne nějak výrazně blízké. Učí se, jak lépe komunikovat a řešit své problémy, což posiluje její sebevědomí a schopnost zvládat stresové situace.

5.6.2 Tematická analýza

5.6.2.1 Seznámení se s daty

Polostrukturované rozhovory, které jsou součástí přílohy, s účastníky skupinové terapie (Maty, Johanka, Andrej, Kája) byly pečlivě přepsány a opakovaně pročitány s cílem identifikovat klíčová témata a vzory. Každý rozhovor byl analyzován s cílem pochopit individuální zkušenost každého z participantů a jeho vnímání terapie. Tento krok sloužil jako základ pro následující kroky analýzy.

5.6.2.2 Generování počátečních kódů

Na základě opakovaného pročitání dat byly identifikovány počáteční kódy, které odrážejí důležité rysy a opakující se vzory v datech. Kódy byly seskupeny do několika klíčových oblastí, které následně posloužily k vytvoření témat. Mezi klíčové kódy patřily:

- Šikana
- Úzkost a sebepoškozování
- Rodinná podpora
- Konflikty ve skupině
- Pozitivní zkušenosti s terapií
- Emoční prožívání
- Změny v chování a komunikaci

5.6.2.3 Hledání témat

Kódy byly přezkoumány a tříděny do potenciálních témat, která zahrnují hlavní oblasti zájmu a významů v rozhovorech. Těmito tématy jsou:

- Motivace a důvody pro účast na terapii
- Dynamika vztahů ve skupině
- Vliv rodinného prostředí
- Emoční prožívání a osobní reflexe
- Hodnocení skupinové terapie

5.6.2.4 Přezkoumání témat

Vytvořená témata byla znovu přezkoumána a kódy byly kontrolovány pro jejich správnost a relevanci. Tento krok zajistil, že byla zohledněna všechna významná data a nebylo opomenuto žádné důležité téma. Hranice mezi tématy byly jasně definovány a byla identifikována překrývající se témata, která byla následně sloučena nebo rozdělena pro lepší přehlednost.

5.6.2.5 Definování a pojmenování témat

Témata byla definována a pojmenována na základě jejich obsahu a významu. Byly identifikovány vztahy mezi tématy a jejich postavení v rámci analýzy. Finální témata zahrnují následující oblasti:

- **Motivace a cesta ke skupinové terapii**
- **Vztahy a atmosféra ve skupině**
- **Vliv rodinného prostředí**
- **Emoční prožívání a osobní reflexe**
- **Hodnocení skupinové terapie**

5.6.3 Výsledky tematické analýzy

5.6.3.1 Motivace a důvody pro účast na terapii

Účastníci začali navštěvovat skupinovou terapii kvůli různým osobním problémům, které ovlivňovaly jejich každodenní život a vztahy. U většiny z nich se jednalo o problémy se šikanou, případně se vztahy ve škole. Jedním z důvodů pro zahájení skupinové psychoterapie byly také problémy v komunikaci s rodiči.

Maty: Maty začal navštěvovat terapii, jak sám uvedl: *"Kvůli šikaně a tomu, co jsem měl za sebou a kvůli tomu, co jsem měl v hlavě."* (Maty, s. 28, ř. 1392). Na otázku, kvůli kterým problémům na skupinu přišel odpovídá Maty takto: *„Úzkostem. Sebepoškozování. Šikana“* (Maty, s.36, ř. 1737). Zároveň měl i problémy se vztahy. Na začátku měl obavy z nových situací a lidí, což ho vedlo k počátečnímu odporu vůči terapii. Důležité je zmínit, že časem se jeho postoj k terapii změnil a začal se na setkání těšit. Na terapii se dostal přes doporučení ze školy a od rodičů.

Johanka: Johanka se na skupinu dostala přes mamku, která docházení na skupinu zařídila na doporučení psychiatricky. O tom, proč začala docházet na terapii říká: *“No začala jsem tam chodit, protože jsem začínala mít úzkosti trošku a nebylo to už, no nebylo to v takové míře, jako to mám teď a vlastně i jsem se začínala řezat. A asi i že jsme měli hádky doma, no”* (Johanka, s. 40., ř. 1919). Dále zmiňuje i zkušenost s kyberšikanou: *“Já jsem ve škole jako zažila vlastně v pátý třídě kyberšikanu dost ostrou, kde jsem měla záchvat a vůbec jsem o sobě nevěděla a oni mě fotili a natáčeli a posílali to do skupiny a nejtípnější na tom bylo, že v tý skupině byla moje nejlepší kamarádka. A kdybych v tu chvíli s ní nekoukala do telefonu, tak to*

do teďka nevím., což jako je docela dost jako na na na pytel vlastně, protože v tu dobu to byla pro mě jako nejbližší osoba” (Johanka, s. 44., ř. 2019).

Andrej: Andreje dovedla ke skupině kombinace několika problémů. O existenci skupiny se dozvěděla jeho máma, protože Andrejova sestra navštěvovala individuální terapii ve stejné klinice. Byla to právě jeho máma, kdo mu nabídl docházení na terapii jako možnou cestu k řešení jeho problémů: *“A přišel jsem sem s tím, že jsem nějak zažíval jako šikamu ve třídě už jako dlouho, už jako od malička, ale teďka se to nějak jak tam předtím začalo zhoršovat. Měl jsem problémy s komunikací a sebekontrolou. A vlastně tam byly i nějaký jako depky. Navíc ségra na tom byla taky hodně špatně a já jsem z toho byl celej takovej vypsychlej, takže bylo to fakt nepříjemný (Andrej, s. 18., ř. 905).*

Kája: Kája přišla na terapii poprvé v šesté třídě, kdy se jednalo o rozhodnutí její matky, na skupinu docházela tři roky a pak skupinu opustila: *“Úplně na začátku, poprvé na tuhle skupinu jsem šla, když jsem byla na začátku 6. třídy základní školy a důvod, proč jsem tam šla, bylo to, že moje máma se rozváděla s otčímem, což byla taková ta záminka proč mě tam dát, že jo a mám taky ty papíry o ADD. Ale potom, jako vím, že na chvíli mě to třeba bavilo tam chodit, ale já jsem měla jako uvnitř problémy, které jsem nikdy neřikala na té skupině, že jsem měla třeba problém se nějak otevřít a tak a jediný, co jsem mohla říct, že já nevím, mám se dobře a že jenom možná i maximálně ty pozitivní věci (Kája, s. 1, ř. 14)”. O další tři roky později se Kája na skupinu vrátila, tentokrát už z vlastního rozhodnutí: *„A pak jsem se vrátila zpět, protože jsem měla jakoby odcházela jsem z předešlý střední školy na jinou se stejným oborem a to z toho důvodu, že tam nebyl dobrý kolektiv ve třídě. A jedním člověkem tam, jako jsem měla někde i nějaké spory nebo problémy, které se mi nelíbily a který byly abnormální, protože on byl abnormální a pak jsem pak jsem tam měla třídní, která mě neměla ráda” (Kája, s.1, ř. 27).* *“Vím, že na začátku jsem si potom řekla, že chci jít dobrovolně na skupinu, protože jsem, já jsem to původně chtěla probrat, ale jako myslím, že trošku jsem to probrala, ale chtěla jsem ze sebe jako vyndat ty špatný emoce, ale jinak na skupinu asi teď chodím ráda akorát ne nějak často” (Kája, s.1., ř. 45).**

5.6.3.2 Vztahy a atmosféra na skupině

Účastníci popisují různé dynamiky vztahů, včetně konfliktů, podpory a osobních interakcí, které ovlivňují atmosféru a jejich zkušenost. Ukazuje se, že někteří členové skupiny

mají na celkovou atmosféru a pocity účastníků na skupině větší vliv než jiní. Nelze opominout ani vztah k terapeutům a stážistům, který má na celkové prožívání také vliv.

Maty: Maty popisuje vztahy na skupině takto: *“Hodně dobrý jako. Někdy jsem moc hrr. Jedinej já jsem tam vyhrocenej se dá říct. Tak jako já jsem byl ten, kdo se tam porval s Honzou”* (Maty, s.30, ř.1491). Maty mluví o situaci s bývalými účastníky skupiny, se kterými měl dlouhodobě konfliktní vztah a kteří v návaznosti na tuto událost skupinu opustili: *“...” jo, nadávali mi. Se chovali jak hovada, jako nejen, že se tak chovali, ale třeba buzerovali mě a takhle. Já jsem to pak nevydržel, a tak jako jsem nevěděl co mám dělat, tak jsem to prostě řekl Lence a ta to nějak začala řešit, ale pak dělal zvuky a to už jsem nevydržel a dal jsem mu facku, když Lenka četla tu mojí knížku”* (Maty, s.31, ř. 1516). Zároveň mluví o tom, že v současnosti jsou vztahy na skupině dobré, snaží se mít se všemi nekonfliktní vztah. Vnímá, že atmosféru na skupině narušuje jeho skákání do řeči.

Johanka: Johanka vnímá vztahy na skupině velmi ambivalentně, vnímá proměnu atmosféry od té doby, co přišel Maty: *“Těžká otázka. Já nevím. Jako třeba já, když přijdu na skupinu, tak mi začíná bejt permanentně blbě. A třeba můžu říct, že když jsem tam chodila dřív, tak jsem nebyla vůbec nervózní. A teď, když tam přijdu, tak na mě padne strašná nervozita, co tam bude dělat vlastně Maty? Co se bude dít, jestli na mě bude sahat nebo ne a zároveň taky minulá skupina byla dost náročná v tom, jak tam byla Irena s Radkem vlastně. Takže takhle já, Andrej, Tamara, tak tam není problém. Irena taky není vlastně problém, Radek vlastně taky ne. Kája taky jako ne, ale ta se s náma moc nebaví vlastně a ten Maty no ten je asi jako takovej problém, kterej mám pocit, že to tam nějak jako narušuje. Nebo nevím no, že nám tu, protože dřív ta atmosféra tam byla strašně fajn a jak tam přišel Maty, tak se to úplně celý zkonilo no”* (Johanka, s.42., ř. 2006). Na druhou stranu má na skupině i blízké vztahy, které mají přesah do jejího běžného života a jsou pro ní podporou. Vztahy k terapeutům popisuje jako dobré, ale vnímá k nim rozdílnou úroveň důvěry. Zároveň by ocenila, kdyby terapeuti více řešili situaci s Matym na skupině.

Andrej: Andrej vnímá že se atmosféra na skupině proměňuje v průběhu času: *“Tak ze začátku ty skupiny, když jsem sem přišel to jsem se bál zase toho, že jako nebudu, že mě nepřijmou ty lidi tady a vlastně jsem zjistil, že jsou tady jako fakt hodný lidi a vlastně hrozně fajn....”* (Andrej, s.2., ř. 56). *“...jako celková atmosféra, kdybych to měl zhodnotit, tak je tak, že první rok a půl nebo první rok to bylo jako hodně v pohodě, ale bylo to takový víc klidový a vlastně jsem ani do toho nebo tak jako zapálenej nebo zapojenej, ale vlastně mě těšilo sem*

chodit. A zbytek ten ten tak pak se stalo to, že vlastně přišel Maty a přišla přišla jedna holčina, se kterou jsem tady začal chodit, takže jsem se ještě o to víc těšil na skupiny a bylo to takový jako jo. A s ní jsem se pak rozešel, ona se, přestala chodit, jako jako celkově atmosféra asi dobrý a je vlastně i hrozně super, jak dokážeme mezi sebou i komunikovat, že to není, že jako sedíme tady s terapeutama a terapeuti nám raději a je to takový jako to, ale je to vlastně taková otevřená diskuze, kdy vlastně si můžeme radit i my navzájem a máme tady tu přestávku, což taky hodnotím jako úplně super” (Andrej, s.19, ř. 952). Vztahy k terapeutům má pozitivní, s jedním z nich popisuje i “kamarádštější” vztah.

Kája: Pro Káju nejsou vztahy s jednotlivými lidmi na skupině stěžejním tématem: “Hele já mám pocit, že jak já tam často nechodím, tak občas nemám úplně přehled. Jakoby nebo ne že přehled ale už si asi s nima povídám, nebo spíš oni se mnou. No ale vím, že zatím nějak extra výrazný vztahy tam nemám. No, jakože že je spíš беру jako známý” (Kája, s.7, ř. 323). Zároveň je pro ni důležité, že na skupinu přijdou lidé, protože normálně se lidem spíše vyhýbá a skupina jí pomáhá se socializovat. Nad vztahy s terapeuty také příliš nepřemýšlí, ale odpovídá, že je vnímá spíše pozitivně, jinak by na skupině nemluvila.

5.6.3.3 Vliv rodinného prostředí

Ukazuje se, že rodinné prostředí má v procesu skupinové psychoterapie důležitý význam. Rodiče významně ovlivňují rozhodnutí, jestli na skupinovou psychoterapii začít docházet. Svým přístupem také ovlivňují postoj účastníků k procesu skupinové psychoterapie. Participantů často zmiňují složité vztahy s rodiči a nedostatek podpory nebo důvěry, což může komplikovat jejich snahu o zlepšení. Dle odpovědí participantů se zdá, že rodiče často chtějí svým dětem pomoci, ale nevědí jak na to.

Maty: Maty na otázku, jestli mu rodiče pomáhají s jeho problémy odpovídá takto: „Někdy jo, někdy ne. Snaží se mi dát jako podporu, ale moc neví, co mají dělat (Maty, s. 39., ř. 1873). Zároveň zmiňuje, že ze strany táty cítí větší podporu v tom, že ho na skupinu vozí a častěji chodí na rodičovskou skupinu než jeho máma.

Johanka: Johanka mluví o tom, že se jí rodiče snaží pomáhat, ale pomáhají “špatným způsobem” a moc nevědí co mají dělat: “Oni jako na jednu stranu chtějí probrat třeba moje problémy, ale několikrát právě z minulosti, kdy se mi začínaly objevovat, tak nad tím mávli rukou a zlehčilo to a řekli, že to třeba za měsíc bude dobrý, nebo za tejdén, že se z toho vyspím a od té doby vlastně já v tomhle k nim nemám důvěru, takže s nima absolutně

nedokážu mluvit o svých problémech” (Johanka, s. 47, ř. 2218). Rodiče Johanky už nedochází na rodičovskou skupinu: *“Chodila mamka, teď už moc nechodí. No vůbec. A oni jako teď mají pocit, že mi to nepomáhá no. Ale jako nebo ne podporujou mě jako takhle, já už to mám jako navyklej rituál, takže nějak to jako respektuju, že tam chodím, ale nemyslí si asi, že mi to úplně pomáhá”* (Johanka, s. 41, ř. 1942). Rodiče vnímají, že příchod Matyho negativně ovlivnil proces Johanky psychoterapie. Johanka s jejich názorem souhlasí.

Andrej: Rodiče Andreje jsou s jeho docházením na skupinu spokojení. O to, co se dělo na skupině se aktivně zajímají a podporují Andreje ve sdílení. Respektují i to, že se Andrej po skupině opozdí, když se časově protáhne. Na otázku, jestli mu rodiče s jeho problémy pomáhá, odpovídá takto: *“Jo ale i ne. Rodiče mi s mejma problémama hodně pomáhaj a jsou hodně vstřícní, to znamená, že to chápou, když jsem se dřív řezal, tak prostě neřvali na mě. Že jako vím, že na hodně lidí rodiče řvou, proč to udělali a jsou na ně hmsní... (Andrej s. 25, ř. 1256). „Ale jediný co mě teda trošku vadí je, že občas moje moje, moje jako deprese nebo tak odlehčujou, což mě vadí. Nebo v minulosti, já jsem měl ten pocit, že to zlehčovali, už jsme si to nějak jako vyříkali, ale bylo to spíš tak, že jsem měl třeba nějaký problém a rodiče mi řekli, jestli si to spíš tak jako neusmejším v hlavě, to neznamená, že si to jako vymejším, ale jestli to třeba není jen jako nějaký blbej pocit, ale mě to vždycky dalo takovej dojem, jakože že si to vymejším a že to jako vlastně není úplně věc, kterou bych měl tak hrozně prožívat (Andrej, s. 25, ř. 1262). Přesto si cení snahy rodičů a považuje jejich podporu za důležitou pro svůj osobní růst.*

Kája: Kája nemá přehled o tom, jestli se někdo z jejich rodičů účastní rodičovských skupin: *“To moc nevím, jestli jako někdo chodí nebo možná máma by tam mohla chodit, ale nevím jestli tam chodí, jako moje máma s tím souhlasí a taky jako ví, že jsem se jako dobrovolně rozhodla, takže se jí jakoby líbilo to, že jsem se rozhodla řešit svoje problémy a vím, že jsem i navštěvovala školního psychologa nejdřív, takže to bylo taky fajn, že jsem jako řešila ten problém s více lidmi. A táta no můj táta je divný.”* (Kája, s. 4, ř. 173). Kája žije s mámou a se svým tátou se rozhodla již nevidat a neudržovat s ním žádný kontakt. Vnímá, že rodiče jí s jejími problémy nepomáhají: *“Hele asi ne spíš naopak, já jsem jenom zkoušela, třeba jako mámy zeptat třeba na názor nebo tak. A mám pocit, že to třeba nepochopila, takže vím, že prostě za rodiči už vůbec jako nechodit”* (Kája, s.16, ř. 784). Zároveň zmiňuje, že během rozhodování jestli přestoupit na jinou školu, když jí na té současné nebylo dobře, jí rodiče pomohli, s ničím jiným se jim ale nesvěřuje.

5.6.3.4 Emoční prožívání a osobní reflexe

Účastníci terapie prožívají širokou škálu emocí, od úzkosti a smutku po radost a úlevu. Emoční prožívání je klíčové pro porozumění jejich reakcím na terapii a jejich vnímání pokroku.

Maty: Maty se na skupině často směje, když mu není dobře. Má to tak, že když se cítí smutně, tak se nerozbrečí, ale začne se smát. Popisuje taky pocitu vzteku, který je mířený spíš na něj samotného, když se mu nedaří neskákat do řeči, než na někoho druhého. Zároveň se cítí být zasažen tíhou životních příběhů: *"Cítím smutek, když někdo říká něco těžkýho* (Maty, s.34, ř. 1669).

Johanka: Johanka vnímá změnu svého prožívání na skupině od té doby, co přišel Maty: *"No asi ten stres, potom většinou jako úzkost. Ale jako. Mě to teď hrozně mrzí vlastně, protože vždycky mi na skupině bylo dobře a teď, jak tam je ten Maty tak ne, no"* (Johanka, s. 43, ř. 2054). Když se svěří se svými problémy, cítí pak výčitky a úzkost.

Andrej: Andrej popisuje širokou škálu emocí: *"Tak určitě úzkost. Takovej fakt jako no fakt jako spíš úzkost takový sevření hrudníku, kdy vlastně mluvím o něčem, co je fakt hodně nepříjemný. Například, když jsem mluvil o svejch starostech o tom, že by možná byl schopnej někoho zranit nebo dokonce i zabít a jako i svoje blízký lidi. A bylo to fakt jako hodně nepříjemný..."* (Andrej, s. 21., ř. 1032). Popisuje i pocity agrese, které se mu teď ale daří už více krotit: *"... Ale k tomu se váže další věc, kterou tady hodně často pociťuji a to je úleva, kdy vlastně člověk to ze sebe všechno vysype a má pocit, že má vlastně najednou prázdnou korbu a může jet dál. A vlastně ho to tak jako uvolní"* (Andrej, s. 21., ř. 1037). Zažívá i pocity lítosti, které pramení z toho, že nemůže ostatním pomoci. A mluví i o radosti, která přichází ve chvílích, kdy se podaří vtipem nějaké téma odlehčit..

Kája: Kája mluví popisuje, že zažívá momenty, kdy je zaskočená tím, jak někteří lidé fungují: *"Občas jsem ohromená, když někdo řekne něco, co třeba já jsem nezažila, jako například, že ve třídě tam našli prostě lidi, kteří prostě třeba nepřemýšlej vůbec normálně a takový věci, že se občas jako některý věci jsem třeba nezažila a oni ano a taky je to něco hodně originálního"*

v životě jako zažít z mého úhlu pohledu” (Kája, s. 8, ř. 384). Popisuje také vztek, který přichází, když slyší, že se někdo zachoval nespravedlivě.

5.6.3.5 Hodnocení skupinové terapie

Účastníci poskytují různé názory na přínosy a nevýhody skupinové terapie. Někteří oceňují možnost komunikovat a cítit podporu, zatímco jiní se potýkají s negativními pocity z dynamiky skupiny.

Maty: Na otázku, čím je pro něj skupina přínosná, odpovídá Maty takto: *“Takže možná, aha tím, že se tam můžeš vyprávět jako ve skupině a nemusíš být pořád sám aspoň chvíli, protože mě vadí, když prostě jsem třeba zavřený a musím studovat prostě samotnej, nebo ne, ne tedka, ale jakože když všechny, kdybych to měl třeba jako terapii, jako každé týden na hodinu, na 2 hodiny, tak bych prostě nezvládl tam sám chodit, že museli bysme být někde v okolním prostředí, nebo aby jsem se mohl vnímat a víc věcí, jo, takhle já nedokážu vnímat třeba ty lidi, nevím”* (Maty, s. 38, ř. 1832). Popisuje, že to že je na skupině víc lidí mu pomáhá nejen v tom, že má více vjemů, ale také v tom že se s ostatními mohou vzájemně podporovat. Jako negativum vidí to, že vztahy na skupině se překrývají i do běžného života a to negativně ovlivňuje atmosféru na skupině.

Johanka: Johanka mluví o Matym v kontextu toho, co jí na skupině nevyhovuje: *“Ne, protože jako já vím, že on taky potřebuje pomoci, že má taky nějaký problémy a respektuju to. Ale myslím si, že na druhou stranu by Lenka měla brát v potaz, že už to ale hraje naše nějaký jako hranice. A že by prostě podle nás měl chodit na jinou skupinu, kde by byly třeba podobně jako jako on ty děti? Jo a celkově že jo a já si myslím, že tohle to je celkově jako blbý vůči nám* (Johanka, s. 46, ř. 2165). Jako přínos skupiny vyzdvihuje to, že skupina má pravidelnost, o kterou se může opřít. A také to, že má místo, kde se může vyprávět a zároveň dostat zpětnou vazbu a podporu od svých vrstevníků.

Andrej: *“Rovnou k tomu důležitýmu, tak rovnou jako přestávka, i když to je jako hodně to tak já mám ADHD a prostě jako to většinou nedávám nebo bych si měl 2 hodiny v kuse sedět a nic neříkat a poslouchat jenom, takže to je jako rozhodně jeden z benefitů, kterej vím, že hodně skupin, nemá většina, takže v tom beru ten velký benefit. Zároveň, jako benefit beru to, to už jsem vlastně říkal jak, když to asi není úplně benefit skupiny, ale mám pocit, že to prostě není úplně častý ve společnostech, že se tady tak nějak jako všichni bavíme a všichni jsme spolu schopni nějakým způsobem komunikovat a soužití prostě, takže to beru jako že jsme*

všichni tady sobě vlastně, když to řeknu tak jsme si všichni rovni. A navíc se respektujeme navzájem, prostě když někdo řekne, hele, ty nemám chuť na to abys vedle mě seděl, tak on řekne, okay, dobrý, tak jo, v pohodě. Takže to není takový jako a navíc, že to není takový jako v hodně věcech - myslím, že to tak ségra má, že když nepřijde prostě na první hodinu, tak už jako úplně nemůže přijít. Člověk vlastně může přijít třeba jen na první hodinu nebo na druhou hodinu nebo na čtvrt hodiny klidně jako pak jde se domluvit, jak chce. Je to takový jako otevřenější” (Andrej, s. 24, ř. 1184). Mezi další přínosy skupiny vidí, že si může vyslechnout názory více lidí a vybrat ten, který mu nejvíce sedí. Mezi negativum skupiny naopak řadí to, že nemůže na skupině mluvit úplně o všem, hlavně o věcech, které se nějak týkají ostatních účastníků.

Kája: *Kája možnost odcházet ze skupiny vidí naopak jako negativum: “Zápory asi to, že občas lidé odcházejí ze skupiny a nikdo si potom úplně nevyslechne můj příběh. Nebo takovýto vyrušování občas, že třeba já něco poslouchám, pak někdo začne rušit, nebo začne k tomu něco říkat. A já ne, já chci doposlouchat ten příběh, mlč, já chci doposlouchat ten příběh” (Kája, s. 14, ř. 665). Jako pozitivní vidí to, že tam jsou další lidé, se kterými může problémy sdílet. Pozitivní pro ni je, také to, že se příliš často nemění prostředí ve kterém skupina probíhá.*

5.7 Diskuse

Tímto detailním rozbořením témat jsme získali hlubší porozumění tomu, jak adolescenti prožívají svou účast na skupinové psychoterapii, jaké faktory považují za účinné, jakou roli hrají rodiče v tomto procesu a jak vzájemné vztahy ovlivňují jejich terapeutický zážitek. Tato analýza poskytuje cenné poznatky pro další výzkum a praxi v oblasti skupinové psychoterapie.

Tato tematická analýza poskytla vhled do prožitků respondentů a identifikovala klíčové faktory ovlivňující jejich zkušenost. Na základě této analýzy se autorka snažila odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a na vedlejší výzkumné otázky.

1. Jak adolescenti prožívají svou účast na skupinové psychoterapii?

Participantů prožívají svou účast na skupinové psychoterapii velmi individuálně, ale obecně lze říci, že jejich zkušenosti jsou komplexní a často ambivalentní. Zmiňují širokou škálu emocí - od smutku, úzkosti a vzteku až po radost a uvolnění. Někteří respondenti, jako

například Maty, zpočátku čelili odporu k nové situaci a skupině, ale postupem času začali vnímat přínosy terapie a začali se na setkání těšit. Jiní, jako Johanka, se potýkali se stresem a úzkostí kvůli negativním interakcím mezi účastníky skupiny, ale zároveň oceňovali strukturu a podporu, kterou terapie poskytovala. Celkově lze říci, že účast na skupinové terapii přináší adolescentům jak pozitivní, tak i negativní emoce, a je pro ně výzvou, která ale může vést k osobnímu růstu a zlepšení.

2. Jaké faktory ve skupinové psychoterapii považují adolescenti za účinné?

Participantů považují za účinné faktory ve skupinové psychoterapii především podporu a možnost komunikace s ostatními členy skupiny. Maty například ocenil možnost komunikovat s ostatními a cítit podporu. Andrej a Kája vidí hlavní přínos terapie v možnosti sdílet své problémy s ostatními účastníky. Pro Johanku je důležitá pravidelnost a struktura setkávání. Tyto faktory umožňují adolescentům cítit se méně izolovaně a více propojeně s ostatními, což je klíčové pro jejich terapeutický pokrok.

3. Jaká je role rodičů v procesu skupinové psychoterapie jejich dětí?

Role rodičů v procesu skupinové psychoterapie je velmi významná, ale může být také zdrojem konfliktů a nejasností. Participantů zmiňují, že rodiče často nevědí, jak jim s jejich problémy pomoci a vnímají, že je zlehčují. Rodiče hrají klíčovou roli v rozhodnutí o účasti jejich dětí na skupinové psychoterapii a jejich podpora nebo nedostatek podpory může významně ovlivnit úspěch terapeutického procesu.

4. Jakou roli hrají vzájemné vztahy v procesu skupinové psychoterapie?

Vzájemné vztahy ve skupině jsou klíčovým faktorem, který ovlivňuje celkový prožitek adolescentů ze skupinové terapie. Vztahy mohou být zdrojem podpory, ale také konfliktních situací, které ovlivňují atmosféru a dynamiku ve skupině. Participantů zmiňují konflikty, negativně zabarvené situace. Některé z nich se podařilo dobře řešit, jiné přetrvávají. Vztahy na skupině hrají roli v míře pocitu bezpečí a důvěry na skupině. Konfliktní nebo naopak až příliš blízké vztahy, které mají přesah mimo rámec skupiny velmi působí na celkovou dynamiku a atmosféru skupiny. Vzájemné vztahy jsou pro adolescenty velmi důležité a ovlivňují jejich motivaci a schopnost účinně se zapojit do terapeutického procesu.

Tento kvalitativní výzkum poukázal na to, že skupinová psychoterapie je pro adolescenty komplexním a mnohovrstevným zážitkem. Přináší jim jak pozitivní, tak negativní

emoce, a je pro ně výzvou, která může vést k osobnímu růstu a zlepšení. Účinné faktory zahrnují především podporu a možnost sdílení. Jako významné se v terapeutickém procesu ukázaly také vzájemné vztahy účastníků a role rodičů. Celkově lze říci, že skupinová terapie poskytuje adolescentům cenné nástroje a podporu pro zvládnání jejich problémů a rozvoj jejich osobnosti.

Uvědomuji si limity daného kvalitativního výzkumu. Především fakt, že výsledná výzkumná zjištění zachycují poněkud minimalistický vzorek participantů (4) a tudíž nelze jeho závěry generalizovat. Původní plán vést rozhovory s 6 participanty nevyšel z důvodu hospitalizace jednoho člena, ve druhém případě kvůli předčasnému odchodu ze skupiny.

Samotný průběh rozhovorů probíhal bez větších komplikací. Spolu s participanty jsme však narážely na časové možnosti a nějakou dobu trvalo, než se nám podařilo najít společný termín. Z tohoto důvodu byly nakonec dva hovory uskutečněny přes online hovor. Zároveň většina rozhovorů probíhala ve večerních hodinách, což mohlo ovlivnit energii participantů. Pro lepší kvalitu výzkumu by bylo výhodnější provést všechny rozhovory osobně a v odpoledních hodinách.

Pro zlepšení validity a spolehlivosti budoucích výzkumů by bylo vhodné zvýšit počet participantů a zajistit jejich větší diverzitu. Rovněž by bylo užitečné provést longitudinální studii, která by umožňovala sledovat vývoj prožívání procesu skupinové psychoterapie v čase.

V návaznosti na výzkumná zjištění v teoretické části lze konstatovat, že skupinová psychoterapie představuje efektivní metodu podpory pro adolescenty, která jim pomáhá nejen zvládat aktuální problémy, ale také rozvíjet jejich psychosociální dovednosti a připravovat je na budoucí výzvy. Navzdory určitým omezením výzkumu poskytují získané výsledky důležité poznatky pro další výzkum této terapeutické metody a potvrzují její význam v kontextu teoretických modelů a dřívějších výzkumů. Tyto poznatky mohou sloužit jako cenný podklad pro další studium a praktickou aplikaci skupinové psychoterapie adolescentů, které by umožnily sledovat změny a vývoj účastníků během delšího časového období.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na význam a efektivitu skupinové psychoterapie u adolescentů. Z výzkumu vyplynulo, že skupinová psychoterapie může být pro adolescenty velmi přínosná, přestože se jedná o komplexní a mnohvrstevný proces. Hlavními účinnými faktory v terapeutickém procesu byly podpora a možnost sdílení mezi účastníky. Vzájemné vztahy ve skupině a role rodičů se rovněž ukázaly jako významné prvky ovlivňující celkovou dynamiku a efektivitu terapie.

Přestože výzkum čelil určitým omezením, jako byl omezený vzorek participantů, získaná data poskytla cenné poznatky o prožitcích a výzvách, kterým adolescenti během skupinové terapie čelí. Skupinová terapie jim nabídla nejen nástroje k zvládnutí problémů, ale také příležitosti k osobnímu růstu a zlepšení jejich psychosociálních dovedností.

Celkově lze konstatovat, že skupinová psychoterapie představuje pro adolescenty hodnotnou metodu podpory, která jim pomáhá překonávat obtíže spojené s jejich vývojem a posiluje jejich schopnosti zvládat budoucí výzvy.

Literatura

- Blatný, M. & Hrdlička & Květon & Vobořil & Jelínek (2004). *Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA I.: deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a protektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí*.
<http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1311247008.pdf>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*.
https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology
- Čálek, O. (2004). *Skupinová daseinsanalýza*. Triton.
- Čálek, O. (2010). *Práce s pocity v daseinsanalytické skupinové terapii*. Československá psychologie.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2020). *Výskyt rizikového chování u adolescentů*. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.
<https://persona.upol.cz/download/dotaznik-vyskyt-rizikoveho-chovani-u-adolescentu-vrcha/>
- Drapela, V. J., & Balcar, K. (2021). *Přehled teorií osobnosti*. Portál.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1997). *The Life Cycle completed: A Review*. W.W. Norton.
- Erikson, E. H., & Valeška, J. (2022). *Dětství a Společnost*. Portál.
- Geldard, K., & Geldard, D. (2008). *Dětská psychoterapie a poradenství*. Portál.
- Goetz M. (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi*.
https://www.google.com/url?q=https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf&sa=D&source=docs&ust=1721900158293753&usg=AOvVaw2Nh1yS2iJI0PVUqLi_PtqR
- Hartl, P. & Hartlová H. (2009). *Psychologický slovník*. Portál
- Kocourková, J. & Papežová, H. & Koutek, J. (2014). *Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci*. Acta universitatis Carolinae.
https://karolinum.cz/data/clanek/4574/AUC-Sociologie-214_06_Kocourkova.pdf
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development, Vol. I: The philosophy of moral development*. Harper & Row.

- Koutek, J. (2008). *Suicidalita u adolescentů - rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi*. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2018). *Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci*. *Psychiatrie pro praxi*. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2018/01/03.pdf>
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Galén.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Krch, F. (2016). *Poruchy příjmu potravy*. *Pediatric pro praxi*.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Portál.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví*. Grada.
- Matějček, Z. (2017). *Rodiče a děti*. Portál.
- Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Němečková, P. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. *Psychiatria pre prax*. <https://www.solen.sk/storage/file/article/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>
- Nolen-Hoeksema, S., & Antonínová, H. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Portál.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Portál.
- Praško, J. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.
- Ryšánková, M. (2008). *Proč se dospívající sebepoškozují*. *Pediatric pro praxi*. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>
- Řičan, P. (2014). *Cesta životem*. Portál.
- Špatenková, N. (2017) *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Vybíral, Z. & Roubal, J. (1999). *Současná psychoterapie*. Portál

Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Portál.

Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Grada.

Přílohy

Příloha č. I. - Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

(dále Informovaný souhlas)

Název výzkumné studie: Osobní zkušenost adolescentů se skupinovou psychoterapií

Řešitelé studie: Viktorie Pudíková

Kontakt na řešitele: pudikovaviktorie1@gmail.com

Pracoviště: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o (dále PVŠPS)

Informace o studii

Cílem studie je prozkoumat, jak dospívající prožívají svou účast na psychoterapeutické skupině. Výzkumnou metodou této studie bude rozhovor v délce přibližně 45 minut. Tato účast nebude nijak honorována. O výsledcích vyšetření nebudete informováni. Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Svůj souhlas s účastí můžete kdykoliv bez udání důvodu odvolat a z výzkumu odstoupit. Po podpisu toho Informovaného souhlasu obdržíte jeden ze dvou jeho stejnopisů podepsaných Vámi.

Ochrana osobních údajů

Správa osobních údajů získaných při výzkumu se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecným nařízením o ochraně osobních údajů; GDPR) zákonem 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.

V rámci této studie shromažďuje řešitel této studie a PVŠPS jako správce Vaše osobní a citlivé údaje. K Vaším údajům budou mít přístup pouze pověřeni vědečtí pracovníci účastníci se této studie. Tyto osoby jsou povinny zajišťovat a zachovávat důvěrnost Vašich údajů.

Získané údaje budou použity výhradně pro vědecké účely bez zveřejnění Vašeho jména a dalších identifikačních údajů (tj. bez kontaktních informací a bez data narození).

Máte-li jakékoliv doplňující dotazy ohledně této studie, můžete obrátit na řešitele studie:

Viktorie Pudíková, email: pudikovaviktorie1@gmail.com

Děkuji za Vaši ochotu k účasti na této výzkumné studii.

Já,, narozen/a

.....

(je potřeba podepsat zákonným zástupcem či opatrovníkem a i samotným nezletilým).

svým podpisem níže potvrzuji, že:

- jsem před podpisem měl/a dostatek času k přečtení výše uvedených informací o studii, byl/a jsem podrobně informován/a o cíli a účelu této studie a o tom, v čem spočívá moje účast ve studii;
- jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a na všechny jsem obdržel/a uspokojivou odpověď;
- rozumím, že mohu svobodně a bez udání důvodu kdykoliv svůj souhlas s účastí v této studii odvolat;
- převezmu stejnopis tohoto podepsaného Informovaného souhlasu;
- dobrovolně a bez výhrad souhlasím s *mou účastí / s účastí mého dítěte / svěřence, jehož jsem zákonným opatrovníkem* na této studii;
- souhlasím s použitím ode mne získaných dat pro tuto studii i jiné výzkumné studie bez ohledu na řešitelskou instituci, včetně zveřejnění dat ve veřejně přístupné vědecké databázi za podmínky, že data budou použita výhradně v anonymizované podobě.
- jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.
- souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu uvedeném v tomto informovaném souhlasu uvedených jejich správcem pro účely kvalitativního výzkumu k bakalářské práci.

V dne

Podpis účastníka

.....

Podpis zákonného zástupce / opatrovníka

.....

Celé jméno výzkumníka provádějícího šetření

.....

V dne

Podpis výzkumníka

Otázky k rozhovoru

- 1) Můžeš mi říct něco o tom, jak jsi se dostal na skupinu a jak dlouho sem chodíš? Co na to říkají rodiče? Máš představu, zda docházejí na rodičovskou skupinu, která probíhá jednou za měsíc?
- 2) Můžeš popsat jaké jsou vztahy u vás na skupině? Jaká je atmosféra?
- 3) A jak Ty sám/a prožíváš vztah k jednotlivým lidem na skupině?
- 4) Dokázal/a by jsi říct, jaké pocity na skupině zažíváš nejčastěji? Zkus je prosím říct na konkrétních situacích.
- 5) Pověš mi prosím, kvůli jakým problémům jsi na skupinu přišel? Zkus si vzpomenout, jak se projevovaly u Tebe v rodině, ve vztahu k sobě samému, ve škole (prožívání, chování, komunikace).
- 6) Mohl bys popsat v čem vidíš klady a zápory skupiny? Co ty sám považuješ na skupině za důležité pro sebe samého?
- 7) Vnímáš nějaké rozdíly u sebe mezi tím, než jsi začal chodit na skupinu a teď? Dokážeš je nějak popsat?
- 8) Myslíš si, že Ti rodiče s Tvými problémy pomáhají? Jak? Je něco, čím by Ti mohli pomáhat více? Zkus to navrhnout.
- 9) Máš nějaký nápad, doporučení pro kluky a holky, kteří přemýšlejí o tom, že by začali chodit na skupinovou psychoterapii?
- 10) Je ještě něco, co bys chtěl doplnit?

Děkuji Ti za rozhovor.



Přehled etických aspektů školní práce zahrnující výzkum na lidech a jejich ošetření

Tento formulář je studentem vyplněn, konzultován, odsouhlasen a podepsán vedoucím práce **před započítáním výzkumu**, který je součástí školní práce studenta. Pokud jde o výzkum v rámci kvalifikační práce, stává se společně s příkladem Informovaného souhlasu **povinnou přílohou** kvalifikační práce.

Název práce	Osobní zkušenost adolescentů se skupinovou psychoterapií
Typ práce	Bakalářská
Celé jméno studenta	Viktorie Pudíková
Celé jméno vedoucího práce	Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

Etické aspekty výzkumu	Odpověď, řešení
Bude výzkumník zaznamenávat osobní údaje účastníků? Např. jméno, datum narození, poštovní adresa, email, telefon, fotografie, audio záznam, podle kterých bude možné účastníky identifikovat. Pokud ano, z jakého důvodu? Jak budou tato data chráněna proti zneužití ?	Bude zaznamenáno pouze jméno a datum narození pro účely podepsání informovaného souhlasu.
Budou účastníci o svých výsledcích získaných v rámci projektu informováni? Pokud ano - jak?	Ne.
Budou účastníci plně informováni o účelu studie před podpisem IS a samotným sběrem dat? Pokud ne, uveďte, proč je nelze informovat plně a pravdivě předem. Pokud v souvislosti s neúplnými informacemi může vzniknout nepohodlí či stres, jak budou účastníci po skončení výzkumu informováni o pravém účelu (forma a obsah debriefingu)?	Ano.

Budou účastníci osoby mladší 18 let, nesvéprávné osoby, osoby, u nichž lze předpokládat sníženou kognitivní kapacitu pro udělení informovaného souhlasu s účastí nebo osoby ze zranitelné skupiny (pacienti, marginalizované skupiny)? Pokud ano, jaká opatření na jejich ochranu budou přijata? (např. přítomnost blízké osoby, zák. zástupce)	Ano, účastníky budou osoby mladší 18 let. Bude zajištěn souhlas zákonných zástupců, z výzkumu budu moci kdykoliv odstoupit.
Budou účastníci vystaveni úkolům či situacím, které jim mohou být nepříjemné (např. nudné zdlouhavé úkoly, záměrné vyvolávání negativních emocí)? Pokud ano, z jakého důvodu a jakým způsobem bude ošetřeno riziko negativního důsledku?	Ne.
Budou v rámci studie účastníci žádáni o velmi citlivé údaje (např. sexuální preference, postoje ke kontroverzním otázkám, traumata apod.)? Pokud ano, jak bude zmírněno související nepohodlí či stres?	Ne.
Existuje nějaké riziko, že účast na výzkumu může účastníka jakýmkoliv způsobem poškodit , a to vč. dobrého jména, újmy fyzické či psychické, vztahové atd.? O jakou újmu může jít? Pokud riziko existuje, jakým způsobem výzkumník brání vzniku újmy?	Ne.

Student prohlašuje, že vyplnil všechny údaje kompletně a pravdivě. Pokud by při samotné realizaci výzkumu mělo dojít ke změnám v bodech uvedených v této Žádosti, bude o nich student ihned informovat svého vedoucího práce.

V případě osob nezletilých či osob s omezenou svéprávností zapojených do výzkumu se student zavazuje respektovat kromě souhlasu rodiče či zákonného opatrovníka i souhlas či nesouhlas účastníka s účastí.

Student se zavazuje, že osobní údaje účastníků budou zabezpečeny a uloženy tak, aby k nim měl/a přístup pouze on/a sám/a vedoucí práce. Publikována ve školní práci případně jinde budou pouze anonymizovaná data, která třetím osobám neumožní spojit s nimi konkrétní osobu (tj. bez jména, kontaktních informací, data narození).

V případě pochybností o etických aspektech daného výzkumu může vedoucí práce přesměřovat odsouhlasení výzkumného projektu na Etickou komisi PVŠPS (EK). Pokud bude mít student v úmyslu publikovat svá zjištění kromě samotné školní práce po úpravě i v odborné literatuře, může se sám/a obrátit na EK PVŠPS s žádostí o oficiální souhlas (viz web PVŠPS).

Datum 15.1.2024

Podpis studenta

Podpis vedoucího práce

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno a příjmení autora/ky: Viktorie Pudíková

Studijní program: Psychologie Bc.

Název práce: Osobní zkušenost adolescentů se skupinovou psychoterapií

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

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 117676

Přímé citace: 585

Ostatní text: 117091

Celkový počet znaků: 127315

Počet pramenů a literatury: 38

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: Bakalářská_práce_Pudíková.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: Bakalářská_práce_Pudíková.doc

Další soubory: Zvláštní_příloha_rozhovory