

Masarykova univerzita

Fakulta sociálních studií

Katedra psychologie



Diplomová práce
obor psychoterapeutická studia

Výzkum efektu psychodynamické skupinové psychoterapie

Vypracovala:
PhDr. Milena Blažková

Vedoucí diplomové práce:
prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D.

Brno
2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Brně dne 6.12.2011

.....
PhDr. Milena Blažková

Poděkování

Děkuji prof. Zbyňku Vybíralovi, Ph.D. za perfektní odborné vedení, za důkladné čtení mé práce, formální i obsahové komentáře k ní a za čas věnovaný osobním konzultacím. Děkuji, že jsem měla možnost obor Psychoterapeutická studia studovat.

Děkuji celému dennímu stacionáři Horní Palata za umožnění výzkum realizovat, především pak PhDr. Martinu Saicovi za vstřícný přístup při sběru dat, jeho zájem o průběh výzkumu a podnětné nápady založené na dlouholeté klinické zkušenosti.

Velké díky patří Mgr. Matúši Bieščadovi, Ph.D., který se mnou velmi ochotně i přes svou časovou vytíženost konzultoval výzkumné otázky mé práce.

Děkuji Mgr. Heleně Klimusové, Ph.D. za rady ke statistickému zpracování dat.

Vážím si a děkuji za významnou podporu a pochopení svých rodičů a přítele.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Psychodynamická psychoterapie.....	8
1.1 Vývoj a historie psychodynamické psychoterapie	9
1.2 Základní principy psychodynamické psychoterapie	9
1.3 Cíle v psychodynamické terapii.....	11
1.4 Klient a terapeut v psychodynamické terapii.....	12
1.5 Indikace psychodynamické psychoterapie.....	14
2 Skupinová psychoterapie.....	15
2.1 Srovnání skupinové a individuální psychoterapie	15
2.2 Účinně působící faktory a principy skupinové terapie	17
2.2.1 Negativní působení některých faktorů	19
2.3 Role skupinového terapeuta.....	20
2.3.1 Role terapeuta v psychodynamické skupinové terapii	20
2.4 Indikace skupinové terapie.....	21
3 Proměnné v psychoterapii a terapeutická změna.....	22
3.1 Čtyři mechanismy terapeutické změny dle Klause Graweho.....	23
3.2 Proměnné na straně klienta.....	24
3.3 Proměnné na straně terapeuta.....	26
4 Výzkum v psychoterapii	27
4.1 Základní dělení výzkumu v psychoterapii	27
4.2 Výzkum efektu psychoterapie.....	28
4.2.1 Výzkumné plány měření účinnosti psychoterapie.....	28
4.2.2 Významné metaanalýzy: Je psychoterapie účinná?	29
4.2.3 Výzkum efektu psychodynamické psychoterapie	30
4.2.4 Srovnávací studie účinnosti psychodynamické terapie a KBT	31
4.2.5 Srovnávací studie individuální a skupinové psychoterapie.....	33
4.2.6 Naturalistické studie.....	35
4.3 Hodnocení účinnosti psychoterapie	37
4.4 Limitace výzkumů v psychoterapii	42
4.5 Význam výzkumu efektu psychoterapie pro praxi.....	44
5 Denní stacionární léčba	45
5.1 Denní stacionář Horní Palata.....	46
5.1.1 Přehled nejčastějších diagnóz klientů DS Horní Palata.....	47

VÝZKUMNÁ ČÁST	50
1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	50
2 Sběr dat a výzkumný soubor.....	55
3 Použité metody	57
3.1 Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R).....	57
3.2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2).....	58
3.3 Dotazník životní spokojenosti (DŽS).....	62
4 Způsob zpracování dat.....	63
5 Výsledky	64
5.1 Deskriptivní statistiky	64
5.1.1 Deskriptivní statistiky SCL-90-R	64
5.1.2 Deskriptivní statistiky Dotazníku životní spokojenosti (DŽS).....	64
5.1.2 Deskriptivní statistiky MMPI-2	65
5.2 Ověřování hypotéz.....	69
6 Explorační část	80
7 Diskuse.....	86
7.1 Diskuse výsledků	86
7.2 Diskuse a limity výzkumu.....	90
8 Shrnutí výzkumných zjištění	92
ZÁVĚR.....	94
Použité zdroje	96

ÚVOD

Je potřeba psychoterapii obhajovat? Ano. Ne snad mezi praktickými terapeuty, ale v akademických, univerzitních, exaktně a „na důkazy“ orientovaných kruzích odborníků – ano (Vybíral, 2006).

Psychoterapie¹ se v současnosti využívá kléčbě širokého spektra duševních potíží. Bývá považována jak za vědecky podloženou metodu, tak také částečně za umění. Z postoje, že psychoterapie je víc než jen automatické vykonávání vědecky ověřených postupů, vyplývá pravděpodobně dle Timul'áka (2005) odpor některých psychoterapeutů² v praxi ke zkoumání efektu psychoterapie. Dodává, že zkoumání efektu psychoterapie může být pro některé terapeuty v praxi ohrožující, protože případné negativní výsledky by mohly zpochybňovat jejich práci. Jsme rádi, že jsme se setkali s klinicky zkušenými psychoterapeuty, kteří naopak projevíli o výzkum své terapeutické práce velký zájem a díky nimž mohl být výzkum v Denním stacionáři Horní Palata realizován.

V roce 2009 jsem se jako studentka psychologie zúčastnila na Horní Palatě celého sedmitýdenního terapeutického programu uzavřené skupiny. Skupinová terapie je zde vedena psychodynamickým způsobem, jenž mi je osobně blízký. Jako stážisti jsme se podíleli na vyhodnocování baterie testů, které jsou pacientům administrovány před začátkem terapie a po jejím skončení. Sedm týdnů není příliš dlouhá doba na to, aby se pacienti³ radikálním způsobem změnili nebo dokonce vyléčili, ale přesto u pacientů k určitým změnám dochází. Smyslem předkládané práce je tyto změny zachytit. Nehledáme, jaké konkrétní momenty byly v psychoterapii účinné, ale jaká oblast lidského fungování se po podstoupení terapeutického programu změnila a zdali má na velikost této změny vliv určitá proměnná, jako je diagnóza nebo demografická charakteristika na straně klientů.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části. V té teoretické bude představen psychodynamický přístup, specifika skupinové terapie, proměnné v psychoterapii, které se podílejí na výsledném efektu terapie. Rozebrány budou podstatné aspekty výzkumu v psychoterapii, způsoby jejího hodnocení. V závěru teoretické části bude pojednáno o formě léčby v denních stacionářích, představeny budou nejčastější diagnózy, se kterými se na Horní Palatě pacienti léčili ve vymezeném tříletém období (2008-2011), z něhož analyzovaná data pochází.

¹ Pojem *psychoterapie* v práci v daném kontextu zaměňujeme také s pojmy terapie, psychoterapeutická léčba, terapeutická léčba nebo léčba.

² Pojem *psychoterapeut* a *terapeut* používáme zaměnitelně.

³ Pojem *pacient* a *klient* užíváme dále zaměnitelně.

Výzkumná část odpovídá struktuře kvantitativního výzkumného designu. Na začátku bude stanoven výzkumný cíl, zdůvodnění hypotéz, podrobněji bude popsán výzkumný soubor, způsob sběru dat, použité metody a zpracování dat. Ve výsledkové části věnujeme prostor deskriptivním statistikám, stěžejní část pak patří statistickému ověřování hypotéz a explorační analýze. V posledním oddílu budou jednotlivé výsledky diskutovány.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychodynamická psychoterapie

Největší nárůst počtu terapeutických směrů je zaznamenáván od šedesátých let. V polovině šedesátých let sestavil Garfield seznam, který čítal více jak 60 různých terapeutických přístupů. V roce 1975 pojednává zpráva National Institute of Mental Health (NIMH) už o 130 různých formách psychoterapií. Roku 1980 Herink publikoval svůj seznam, který čítal přes 200 psychoterapií a v roce 1986 referoval Kazdin o 400 rozdílných technikách psychoterapie. Garfield s nadsázkou tento vývoj komentuje, že jestli bude nárůst pokračovat, dostaneme se do určitého bodu, kdy bude existovat rozdílná terapie pro každou osobu ve Spojených státech (Garfield, 1989, in Freedheim, 2005). Vybíral, Castonguay a kol. (2010) se v letech 2008-2010 také výzkumně zabývali počtem existujících psychoterapií a došli ke strážlivějšímu odhadu, a to ke 227 terapeutických přístupů.

Psychodynamická psychoterapie je tedy pouze jedním z široké palety možných terapeutických přístupů. Domnívám se, že psychodynamické principy se prolínají spoustou jiných přístupů (buť pod jinou terminologií) a stejně tak principy těchto ostatních směrů figurují v psychodynamické terapii. US (1980) se shodli na tom, že většina těchto terapií má společný původ, ze kterého se dále odvozovaly. Tento velký rozsah přístupů je možné v praxi rozdělit do hlavních čtyř teoretických perspektiv, a těmi jsou teorie psychodynamické, humanistické, behaviorální a systemické, přičemž psychodynamická koncepce je nejstarší a nejvíce komplexní ze zmíněných čtyř orientací.

Není snadné psychodynamickou psychoterapii definovat, a to především pro její teoretickou nevyhraněnost a vzájemné prolínání či přesahování různorodých přístupů a technik v krátkodobých psychoterapiích, původně nějak odvozených od psychoanalýzy. Také z těchto důvodů bývá psychodynamická psychoterapie kritizována za zmatek ve vědecko-teoretickém základu disciplíny, v odborné terminologii a za nesystematické nebo obsahově nesprávné užívání analytických pojmů a nástrojů (Sifneos, 1984, cit. dle Klimpl, 2005). Psychodynamická terapie má velmi bohatou historii, jejíž znalost pomáhá porozumět její současné podobě a principům.

1.1 Vývoj a historie psychodynamické psychoterapie

Psychoanalytická terapie (nebo psychoanalýza v klasickém slova smyslu) byla důkladně propracována na základě Freudových tezí pudového-konfliktního modelu. Od Freudovy smrti v roce 1939 nastal v psychoanalytickém myšlení vývoj, který měl významný dopad na terapeutickou praxi. Model klasické analýzy (pět sezení týdně, léčba trvající mnoho let, relativní pasivita terapeuta, terapeutická činnost omezená v podstatě jen na interpretace) prošel transformací především kvůli finanční a časové náročnosti, omezenou indikací (vhodností léčby jen pro omezený okruh pacientů) a spornou úspěšností léčby. Původní model léčby byl nahrazen množstvím různých modifikací, které se mohou lišit například v požadavcích na délku trvání léčby, ale všechny spadají pod tzv. psychoanalyticky orientovanou terapii (Strupp, 1992).

Strupp (1992) shrnuje historicky významné osobnosti, které měly vliv na formování psychodynamické teorie i klinické praxe, které vyrůstaly z původní psychoanalýzy. Ego-psychologie, reprezentovaná pracemi Hartmanna a Freudové, začala ve třicátých letech zdůrazňovat význam obranných mechanismů v adaptaci člověka na prostředí. Erikson, Mahlerová, Jacobsonová a další poukázali na důležitost potíží při plnění vývojových úkolů, které definovali na základě přímého pozorování kojenců a dětí. Velký vliv na psychodynamické uvažování měla britská škola objektivních vztahů založená Melanií Kleinovou a reprezentovaná takovými předními osobnostmi, jako byl Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip a jeden z nejvlivnějších autorů Kernberg se svými následovníky. Neopomenutelný odkaz zanechalo rozsáhlé učení self-psychologa Kohuta a jeho studentů. Interpersonální oblast do centra pozornosti psychodynamických teoretiků i praktiků zanesl Sullivan a jeho spolupracovníci. Psychoanalytický přístup byl obohacen i o teorie systémů, které reflektují důležitost rodinné terapie. Na modifikace původního Freudova modelu měli samozřejmě vliv i další autoři, kteří nabídli na problematiku další možné úhly pohledu.

1.2 Základní principy psychodynamické psychoterapie

Podle Klimpla (2005) psychodynamická psychoterapie přijímá z původní psychoanalýzy *strukturální model* s teorií tripartitního uspořádání psychiky (ego, id, super ego), do jisté míry si všímá *přenosu* (celostní reakce pacienta na terapeuta jako na osobu z vlastního života, z přítomnosti či minulosti) a *protipřenosu* (analogická terapeutova reakce na pacienta), stejně jako problémů pacienta v jeho externí realitě.

Základní a často citované principy současných psychodynamických přístupů vystihuje významný psychoanalytik Gabbard (2005):

- Velká část psychického života je *nevědomá*.
- Dětské zážitky společně s genetickými faktory utvářejí dospělého člověka.
- Pacientův *přenos* na terapeuta je primárním zdrojem porozumění.
- *Protipřenos* terapeuta poskytuje cenné porozumění tomu, co vyvolává pacient v druhých lidech. Fromm-Reichmannová (2003) zmiňuje některé možnosti protipřenosových významů. Např. pokud má terapeut fantazie o záchraně, může to být jeho reakce na závislost pacienta. Pokud se s pacientem terapeut nudí, může to být indikátorem pacientova nezájmu o vztahy. Hněv může být vyvolán manipulacemi pacienta apod.
- Pacientův *odpor* k terapeutickému procesu je velmi významné ohnisko zájmu terapie.
- *Symptomy* a chování slouží více funkcím a jsou determinované komplexními a často nevědomými silami.
- Psychodynamický terapeut pomáhá pacientovi dosáhnout pocitu *autenticity* a jedinečnosti.

V čem jsou přednosti psychodynamických modelů?

Podle Fonagyho a Targetové (2005) byla psychoanalytická koncepce přijata významnými osobnostmi na poli psychologie a psychopatologie nejspíše proto, že nabízí nejbohatší soubor idejí k popisu duševního fungování. Fonagy a Targetová uvádějí čtyři nejvýznamnější rysy, díky nimž lze psychodynamické modely nadále doporučovat:

- *Generativita* – psychoanalytické myšlenky byly významnou inspirací pro mnoho dalších teorií psychopatologie.
- *Sjednocující vysvětlení* – psychoanalytické výklady v rámci jednotlivých směrů poskytují jedno vysvětlení pro rozmanité symptomy a chování.
- *Dynamický přístup* – v souladu s poznatky z neurověd a vývojové psychologie je na vývoj pohlíženo jako na řadu kompromisních výtvorů.
- *Mysl jako nástroj* – psychoanalytický přístup a naslouchání dopomáhá klinikům k chápání myšlenek, pocitů a chování nad rámec vědomé zkušenosti a pragmatické psychologie, umožňuje složitější a psychologicky hlubší pochopení.

V čem se odlišuje psychodynamický přístup od ostatních?

Pojem *dynamický* indikuje zájem o vývoj a změnu, o niž ovšem usilují všechny terapie. Cílem psychodynamické psychoterapie je navození změny a pochopení příčin a souvislostí vzniku symptomů (*vhled*). Tímto se odlišuje od ostatních terapeutických postupů, kde mechanismus změny není předmětem zájmu v takovém rozsahu. Sledování změny pacientem i terapeutem se liší kvalitativně a stává se spolu se vztahem obsahem terapeutických hodin, na rozdíl např. od hypnózy nebo kognitivní terapie (Klimpl, 2005).

Howardová (2008) považuje za základní tezi odlišující psychodynamický model od ostatních přístupů to, že nevědomí je dynamické a má tudíž cíl. Z toho vyplývá, že nevědomí je spíše zdrojem motivace našeho chování, pocitů a fantazií než něčím, co je jen neuvědomované.

Psychodynamická terapie je společně s kognitivně behaviorální terapií v současnosti nejčastěji používaným psychoterapeutickým přístupem v klinické praxi (Leichsenring, 2006). Blagys a Hilsenroth (2000, cit. dle Shedler, 2010) stanovili sedm rysů psychodynamické psychoterapie, kterými se liší od KBT na základě analýzy empirických studií srovnávajících tyto postupy v manualizované formě. Jedná se o následující charakteristiky:

1. Zaměření se na vliv *emocí* a jejich vyjadřování.
2. Zkoumání snahy člověka vyhýbat se nepříjemným myšlenkám a pocitům (*odpor*).
3. Identifikace *opakujících se témat* a vzorců v pacientově myšlení, prožívání, sebepojetí, vztazích a životních zkušenostech.
4. Zájem o *minulou zkušenost* a vývoj člověka v kontextu vztahů (attachementu).
5. Zaměření na *interpersonální vztahy*.
6. Zdůrazňování *terapeutického vztahu*.
7. Prozkoumávání *fantazijních představ* zahrnující i přání, strachy, sny, denní snění a další.

1.3 Cíle v psychodynamické terapii

Psychoterapeutická cesta má mnoho možných cílů, které jsou závislé jak na pacientovi, tak na teoretické průpravě terapeuta. Cíle formuluje terapeut na základě své teorie o tom, jak terapie funguje. Přehled cílů v psychoanalytické terapii je vysoce různorodý. Gabbard (2005) nabízí ve všeobecnosti přehled alespoň některých principů konstruování cílů léčby:

Vyřešení konfliktu. Konflikty a symptomy vyrůstají z kompromisní formace. Cílem dynamické terapie je zkoumání povahy nevědomých konfliktů a pokus vyřešit symptomy, které produkují. Konflikty se nepovažují za něco, co se dá odstranit. Cílem je jejich efektivnější a adaptivnější kompromisní formace (Brenner, 1976, cit. dle Gabbard, 2005).

Hledání pravdy. Někteří dynamičtí terapeuti považují za cíl terapeutického procesu sebepoznání. Vedou své pacienty k tomu, aby se poznali takoví, jací skutečně jsou v protikladu k tomu, jací by chtěli být. Ukončení terapie by mělo vést k pocitu „žití ve vlastní kůži“, k autentickému bytí.

Zlepšení schopnosti vyhledávat vhodné self-objekty. Kohut (1984, cit. dle Gabbard, 2005) v rámci své teorie self-psychologie tvrdí, že nikdy nepřestaneme mít potřebu, aby pro nás druzí lidé vykonávali jisté funkce (tzv. self-objektové funkce), včetně zrcadlení, souhlasu, potvrzování

a idealizace. Cílem psychoanalytické psychoterapie je pomoci pacientovi, aby používal self-objekty zralejším a adaptivnějším způsobem.

Zlepšení vztahů v důsledku porozumění vlastním vnitřním objektním vztahům. Terapeuti objektních vztahů nebo vztahové orientace vidí primární cíl terapie v získání porozumění tomu, jak vnitřní self a jiné reprezentace formují interakce s lidmi ve vnějším světě. Pacientům napomáhají k tomu, aby byli schopni reintegrovat ty aspekty jich samotných, které opakovaně projikují do druhých. Tento proces „znovu přivlastnění“ probíhá tak, že pacient se učí rozpoznávat, co patří jemu a co jiným (Steiner, 1989, cit. dle Gabbard, 2005). Výsledkem je zlepšení vztahů a to, že je pacient schopen žít více ve světě než ve fantazii.

Vytváření smyslu v rámci terapeutického dialogu. Během psychoterapeutického zkoumání se vynořují nové významy. Dynamičtí terapeuti v současnosti neuznávají, že by existoval vždy jen jediný správný význam nebo interpretace událostí a zážitků. Společně s pacientem pracují na nalezení smyslu (Mitchel, 1997, cit. dle Gabbard, 2005). Ve své podstatě jde o učinění nevědomého vědomým, čímž se stávají pro klienta původně nesrozumitelné významy lépe pochopitelné.

Zlepšení reflektivního fungování. Pro pacienty, kteří mají narušenou schopnost mentalizace kvůli raným traumatickým zážitkům, může být zlepšování reflektivního fungování hlavním cílem. Na konci terapie by měl být pacient schopen rozlišovat mezi vnitřní reprezentací osoby a tím, kým tato osoba je ve vnější realitě. Zlepšení schopnosti mentalizovat umožňuje pacientům rozpoznávat, jak se podílí vnitřní pocity, přesvědčení, konflikty a motivace na utváření jejich chování.

1.4 Klient a terapeut v psychodynamické terapii

Terapeut v psychodynamické terapii nenabízí rady, ani nepřichází s řešením problémů. Spíše klientovi pomáhá, aby si uvědomoval to, co sám říká nebo prožívá. Terapeut pomáhá klientovi problémy prozkoumávat než je řešit. Úkolem terapeuta je vytvořit bezpečné prostředí, které klientovi umožní zkoumat svůj vnitřní svět (Howard, 2008). Terapeut se zaměřuje na materiál, který pacient spontánně přináší. Kladením tematických a klasifikačních otázek ho podněcuje k povídání o psychodynamicky důležitém zážitkovém materiálu. Pacienta při vyprávění povzbuzuje, vyjadřuje mu své porozumění, ujasňuje, odhaluje, interpretuje a propracovává (Dührssen, 2008).

Dührssenová (2008) nabádá, aby si psychodynamický terapeut zachoval v průběhu svého života humor, trpělivost a náhled. Pokud se terapeut u svého klienta setká s velmi těžkým osudem, nesmí ztratit rovnováhu a pevnost. Když by terapeut ztratil důvěru v to, že je možné snést i vysoce těžké zatížení, aniž by vyústilo v onemocnění, potom by se tato nejistota bezprostředně přenesla i na pacienta a ztratily by se tak terapeutické šance, které existují pro každého člověka při jeho vyrovnávání se i s nejtěžšími ranami osudu. Terapeut by měl vyzařovat vyrovnanost, bohaté znalosti, aby tak dával pacientovi pocit, že je v dobrých rukách.

Terapeutický vztah v psychoanalytických terapiích definují Tysonovi (1986, s. 20) v knize Fonagyho a Targetové (2005): *„Ohniskem terapie je pacientův vztah k analytikovi. Je na něm dobře vidět, co pacient očekává od druhých, a může se stát nástrojem popřených aspektů pacientových myšlenek a pocitů. Přemístění přenosu může zahrnovat odmítnuté aspekty dřívějších vztahů, případně dřívější fantazie o těchto vztazích, jakož i konfliktní aspekty současných vztahů k rodičům, sourozencům nebo dalším důležitým postavám.“*

V dnešních psychodynamických terapiích se uznává, že si klient a terapeut vytvářejí skutečný a jedinečný vztah, ve kterém se terapeut pro klienta nestává jen přenosovým objektem, ale také „novým objektem“ (Baker, 1993, cit. dle Howard, 2008). Aby k tomu došlo, je nutné, aby byl mezi klientem a terapeutem skutečný a přirozený vztah s dostatečnou neutralitou, který by usnadnil přenos a zabránil zasahujícímu ovlivňování klienta terapeutem. Přenosový vztah se považuje v terapii za ústřední - přenos je pro psychodynamické terapeuty základním principem terapeutického vztahu. Zároveň je však zásadní i protipřenos, který pomáhá porozumět nevědomí klienta (Howard, 2008).

Terapeutický vztah mezi pacientem a terapeutem je maximálně komplexní dění. Osobnostní konstanty na straně pacienta a na straně terapeuta sehrávají stejně důležitou roli jako přenosové nebo protipřenosové reakce. Terapeut je částí své osoby ve vztahu s pacientem a druhou svou částí zároveň zvažuje terapeutickou pomoc, kterou pacientovi verbálně poskytuje (Dührssen, 1998).

1.5 Indikace psychodynamické psychoterapie

Gabbard (2005) uvádí, že úspěšnost psychodynamické terapie závisí na výběru pacientů, kteří se pro ni musí opravdu hodit. Léčba musí být ušitá pacientovi na míru, ne naopak. Při tomto výběru by měl terapeut zhodnotit, zda je pravděpodobné, že pacient se svými klinickými symptomy bude na léčbu reagovat pozitivně a zda má pacient takové psychologické charakteristiky, které jsou pro psychodynamický přístup vhodné.

Podle Dührsenové (1998) je koncepce psychodynamické terapie flexibilní, tzn., že se přizpůsobuje situaci pacienta a jeho vnitřnímu nastavení. Je vhodná pro mladistvé, mladé dospělé, pro lidi ve středním věku i pro lidi starší. Zaměřuje se na narušené mezilidské vztahy, které způsobují to, že člověka omezují při zvládání jeho běžných denních povinností, snižují jeho schopnost zažívat slast a brzdí rozvoj a učení se těm schopnostem, z kterých vyrůstá tvořivý potenciál člověka.

Psychodynamickou terapií lze léčit široké spektrum psychiatrických poruch – od mírnějších poruch přizpůsobení nebo stresových reakcí až po těžké poruchy osobnosti jako je hraniční porucha osobnosti nebo psychotické stavy (Leichsenring, Leibing, 2007). Dle Gabbarda (2005) mohou z dlouhodobé psychodynamické terapie nebo psychoanalýzy dobře těžit také pacienti s poruchami osobnosti, které mají neurotický charakter organizace (např. vyhýbavá, závislá nebo histrionská). Někteří pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou mohou získat díky této terapii větší náhled na příčiny svých úzkostí. Pacienti s afektivními poruchami mohou z dynamické terapie také profitovat, ale často je nutná kombinace s farmakoterapií.

Účinnost psychodynamické, psychoanalytické nebo tzv. interpersonální terapie se ve výzkumech v různé míře potvrdila např. při terapii poruch příjmu potravy - mentální anorexie u dospělých ambulantních pacientů (Dare a kol., 2001), bulimie (Fairburn, 1993), poruchy přijímání potravy přejídáním se (Wilfley a kol., 2002). Dále u lehčích a středně těžkých neuróz a poruch osobnosti (Sloan, Staples, 1975; Winston, 1994; Grawe, 1994), depresí (Elkin, 1989; Shapiro, Barkham, Rees a kol., 1994), sociální fobie (Stangier, 2011) ad.

2 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem (Kratochvíl, 2005). Zabývá se ale i individuem ve skupině, individuem v rámci skupiny a samozřejmě i skupinou samotnou (Klímová, 1991, cit. dle Rieger, 2007). Je tedy nejen psychoterapií vztahů či konkrétních transakcí ve skupině, ale také terapií individua, tedy jednotlivých členů skupiny tak, jako je tomu při individuální psychoterapii (Rieger, 2007).

Podle Praškové a Praška (2007) vychází základní idea skupinové psychoterapie z předpokladu, že léčené problémy vznikly v malých přirozených skupinách, jako jsou rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování člověka. V terapeutické skupině je možné tyto poruchy diagnostikovat a léčebně korigovat.

Organizace nebo formy skupinové psychoterapeutické práce mohou být velmi rozmanité. Skupina může být uzavřená, tzn., že jsou spolu stejní členové skupiny od začátku do konce celé terapie nebo otevřená, do které jsou postupně zařazováni noví klienti a starší průběžně odcházejí. Počet členů skupiny se různí podle typu a záměru skupinové terapie. V praxi nejčastěji kolísá mezi osmi až dvanácti členy. Frekvence sezení v ambulantních skupinách bývá jednou až dvakrát týdně, ve stacionárních zařízeních tři až pětkrát týdně a v terapeutických komunitách denně nebo i vícekrát za den. Sezení trvá obvykle hodinu a půl. Celková doba trvání skupinové terapie závisí opět na jejím zaměření a může se pohybovat od 15 až po 70 sezení (Kratochvíl, 2005). Skupiny mohou být homogenní (stejně pohlaví, věk, podobné potíže apod.) i heterogenní.

2.1 Srovnání skupinové a individuální psychoterapie

Z realizovaných přehledů efektivnosti skupinové terapie se její účinnost jeví často stejná jako individuální terapie (Timul'ák, 2005). Yalom a Leszcz (2005) jsou přesvědčeni, že skupinová terapie je účinná forma psychoterapie, která členům skupiny významně prospívá. Existuje řada výzkumů, které se zabývají srovnáváním skupinové a individuální terapie a jež přinášejí dostatečné množství důkazů, že skupinová terapie je přinejmenším stejně tak úspěšná jako individuální terapie (např. Fuhriman a Burlingame, 1994; Burlingame a kol., 2003; McRoberts a kol., 1998; Tillitski, 1990; Smith, Glass a Miller, 1980; Shapiro a Shapiro, 1982). Podrobněji o jednotlivých studiích pojednám v kapitole věnované výzkumu v psychoterapii.

Rutan, Stone a Shay (2007) uvádějí, že většina terapeutů se dostává ke skupinové terapeutické práci po zkušenostech z individuální terapie a zpočátku má potíže s porozuměním skupinovému

uspořádání. Ve skupinové psychoterapii se individuální a skupinová dynamika úzce prolínají a není snadné tyto dva úhly pohledu v mysli integrovat. Autoři jsou přesvědčení, že pro kliniky je nejužitečnější zabývat se nejprve skupinovými procesy, a pak teprve individuální dynamikou. Touto cestou mohou později zvolit účinnější intervenci pro posun celého terapeutického procesu kupředu, ať už je zaměřen na jedince nebo skupinu. Zmíněná strategie zdůrazňuje pozitivní účinek skupinové dynamiky na terapeutický proces.

Při pročitání statí o skupinové terapii můžeme narazit i na odlehčený pohled významného skupinového terapeuta Roberta L. Gouldinga: *„Věřím, že skupinová terapie je správnou volbou pro každého pacienta a že kromě ní někteří vyžadují také individuální přístup. Přešel jsem od individuální terapie ke skupinové, neboť ta skýtala více legrace a lidé se v ní měnili podstatně rychleji. Zpozoroval jsem, že pacientům v terapeutickém procesu přináší více zábavy, terapie už nevypadala jako bezmála bolestivá záležitost. Skupiny podle všeho vnesly do terapie lidskou přirozenost, která v individuální terapii chyběla“* (Goulding, in Zeig, 2005, str. 501).

Goulding (in Zeig, 2005) zmiňuje další podstatnou výhodu skupinové terapie, kterou je její ekonomická stránka – jak finanční, tak časová. Zdůvodňuje ji tím, že i ty nejdůležitější bezvýhodné situace rozmotají pacienti daleko snadněji ve skupinovém prostředí a zároveň se tu naučí lépe a vhodněji vztahovat se k druhým lidem. Podobné stanovisko rozvádí Strupp (1992), který uvádí, že kromě toho, že je skupinová terapie úspornější, nabízí také pacientům příležitost zjistit, jak fungují ve skupině. Poznatky, které tato zkušenost přináší, se nedají v individuální terapii získat a mohou být pro klienta velmi terapeuticky užitečné.

Skupiny nabízejí podle Marmora (2005, in Zeig) širší spektrum přenosových možností, než jak je tomu u individuálních terapií, a kromě něj poskytují také potenciál pro mnohonásobné korektivní zkušenosti. Navíc se zde nacvičují nové adaptivní techniky ve skupinovém prostředí – určitě více než v individuální terapii.

Výzkum naznačuje, že skupinová terapie přispívá ke snížení relapsu u klientů závislých na návykových látkách a je účinnější při práci s obezitou, se somatickými problémy a se sexuálně zneužívanými ženami v dětství (Yalom, Leszcz, 2005). Věci, o kterých by se těžko mluvilo v individuální terapii, se při náležitém fungování skupiny stávají samozřejmostí. Pro pacientku, která byla v dětství zneužita, je daleko snazší mluvit o svém traumatu, pokud i ostatní členové skupiny otevírají podobná témata. Pro otevření se také pomáhá zřejmá účast a empatie ostatních účastníků, důvěrné, vřelé vztahy mezi pacienty a vzájemná podpora (Goulding, in Zeig, 2005).

Na druhou stranu jsou pacienti, pro které je efektivnější individuální péče. Goulding (in Zeig, 2005) mluví v tomto ohledu o pacientech se schizofrenním onemocněním, hraničních pacientech a klientech s poruchami příjmu potravy. Se skupinovou terapií nebyl příliš úspěšný u anorektických a bulimických pacientek. Byl si vědom, že toho potřebovaly více, než jim mohla skupinová terapie poskytnout.

Timul'ák (2005) na základě zjištění výzkumů udává, že při komplexních problémech (např. závislosti, schizofrenie a poruchy osobnosti) bývá skupinová terapie často využívána jako přídatná terapie při terapii individuální.

Na základě přesvědčivosti existujících důkazů o účinnosti skupinové terapie někteří odborníci prosazují, aby se jí využívalo jako základního modelu v běžné psychoterapii. Pro klienty, kteří vyžadují intenzivní klinickou péči, může být ale individuální terapie nezbytná, stejně jako pro klienty, pro které není oblast vztahů tak důležitá a potřebují spíše náhled a sebepoznání (Yalom, Leszcz, 2005).

2.2 Účinně působící faktory a principy skupinové terapie

Obecně přijímané účinně působící faktory ve skupinové psychoterapii předkládají Yalom a Leszcz (2005). Dle autorů skupinová terapie nabízí možnost k:

1. dostávání a poskytování podpory a zpětné vazby
2. zlepšení mezilidských vztahů a komunikace
3. experimentování s novým chováním ve vztahu k lidem
4. mluvení o pocitech upřímně a přímo
5. získání vhledu do svých vlastních myšlenek, pocitů a chování a jejich pochopení prostřednictvím zkoumání vztahových vzorců ve skupině i mimo skupinu
6. získání pochopení myšlenek, pocitů a chování druhých lidí
7. zlepšení sebedůvěry, sebehodnocení a sebeúcty
8. prodělání osobní změny v rámci skupiny s očekáváním, že přenesete to, co se naučíte, do života mimo skupinu.

Účinnými faktory ve skupinové terapii se zabývají i jiní autoři. Např. Hanušová (2004, in Vymětal) udává, že obecným účinným faktorem je zjištění pacienta, že se svou nemocí a svými problémy není sám, ale že i ostatní trpí podobně jako on a mají podobné potíže. Jako další účinné faktory skupinové terapie uvádí následující:

Altruismus, který je silně léčivý již sám o sobě. Pacient prostřednictvím pomáhání druhým získává pocit hodnoty a užitečnosti, a tím se stává i jeho terapie účinnější. Díky zaměření na druhé také překonává někdy chorobné zaměření na sebe sama.

Vývoj způsobů socializace pomocí různých technik, jako je hraní rolí, psychodrama, sebeprosazení a další. Skupina nabízí svým členům bezpečné prostředí, ve kterém si mohou nacvičit, a tím i rozšířit další možnosti svého chování. Toto sociálně adaptabilnější chování si pak přenáší i mimo skupinu.

Nápodoba neboli imitační učení způsobuje, že pacient vědomě i nevědomě napodobuje chování terapeuta i spolupacientů, jejich chování je skupinou pozitivně oceňováno. Interpersonální učení probíhá prostřednictvím napodobujícího chování a zpětné vazby ostatních členů a přispívá tak ke vzniku interpersonálního náhledu. Pacient lépe porozumí tomu, jaké pocity může v druhých lidech vyvolávat.

Skupina funguje jako *model rodiny* pro své členy a umožňuje jim tak znovuprožívat vztahy z původní rodiny i rodiny současné a pomocí korektivní emoční zkušenosti získat vhled do starých problémů.

Samotné členství ve skupině a vznikající skupinová koheze působí léčivě, protože tak může pacient zažít pozitivně prožívanou vztahovou blízkost.

Vzájemná emoční podpora je významným faktorem, neboť vytváří atmosféru bezpečí a přijetí. Pacienti jsou k sobě empatičtí, přijímají jeden druhého a při konfrontaci jsou schopni se respektovat.

Informace získané od ostatních pacientů mají jiný dopad než informace od terapeuta. Pacient se seznamuje s osudy druhých lidí, s příčinami i následky jejich chování často podobného jeho vlastnímu. Díky tomu může slyšet názory z dalších úhlů pohledu (Kratochvíl, 1987, cit. dle Hanušová, 2004).

Goulding (2005, in Zeig) vyzdvihuje jako významně účinný faktor skupinové terapie *povzbuzení*, které poskytuje nejen terapeut, ale i ostatní pacienti. Nepodceňuje ani sílu pramenící z pouhého pozorování změny jiných pacientů. Dále spoluúčast ostatních pacientů napomáhá urychlení dění – například ve chvíli, kdy se využijí ostatní členové skupiny v pacientově psychodramatu, v němž mohou ztvárnit rodinné členy z minulosti nebo osoby ze současnosti. Přítomnost druhých

poskytuje lidem a zejména těm z nich, kteří se uzavírají do sebe, velké možnosti, jak se naučit vztahovat k ostatním. Ještě jiným přínosem může být větší šance pracovat s odmítáním, která je velmi důležitá při práci se závislými. Goulding zdůrazňuje, že účastníci ve skupině zažívají *opravdovou zkušenost*, kterou mohou upotřebit ve vztazích s rodinou, s přáteli i se členy jejich sociální skupiny a díky které mohou velmi rychle dospět k mnoha posunům.

Skupinová psychoterapie pomáhá svojí důvěrnou atmosférou jednotlivým členům ujasnit si vlastní situaci ve světě, uvědomit si formy chování, které vedou k nepříjemnému prožívání. Skupina je prostředí, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím reflexí a změn ostatních členů skupiny i přes změny skupiny samotné. Základní ideje skupinové psychoterapie spočívají v tom, že autonomie člověka a jeho zdroje psychického a sociálního zrání jsou umocňovány kontaktem a komunikací s druhými lidmi a že vlastní pochopená zkušenost je stabilnější než zkušenost, která se předává jenom zvenčí (Prašková, Praško, 2007).

2.2.1 Negativní působení některých faktorů

Rosenbaum, Lakin a Roback (in Freedheim, 2005) varují, že tři hlavní dynamické faktory skupinové terapie mohou mít jak pozitivní, tak i negativní terapeutický dopad. Jedná se o kohezi, konformitu a závazek vůči skupině. *Koheze* v sobě nese dva potenciální zdroje negativního dopadu. První spočívá v tom, že člen skupiny se může stát zranitelným vůči negativnímu hodnocení nebo bezohledné zpětné vazbě od ostatních členů. Druhý vidí Slavson (1964, in Freedheim) v nebezpečí, že dlouhotrvající skupiny se mohou někdy pevně držet svých obranných postojů, kterými se snaží zachovat status quo skupiny a udržet si tak pohodlí pramenící z dobrých vztahů s ostatními členy na úkor terapeutického posunu.

Dodržování skupinových norem neboli *konformita* má zásadní význam pro terapeutickou úspěšnost. Avšak některé normy v sobě mohou zahrnovat požadavek na určitý typ nebo úroveň sebeodhalení, vyjadřování emocí nebo zastávání určitých názorů. Stručně řečeno, skupina by mohla pod hrozbou skupinové sankce vyžadovat chování nebo vyjadřování postojů, které by se neslučovaly s individuálními zájmy jednotlivých členů. Strach z nesouhlasu skupiny pak může vést k předstírání emocí nebo postojů tak, aby to bylo v souladu se skupinovým uznáním, což může být opět v terapeutickém procesu kontraproduktivní.

Závazek členů skupiny ke změně se projevuje v jejich ochotě otevřít se a v povzbuzování ostatních, aby se otevřeli také. Emocionální projevy, které toto sebeodhalení doprovázejí, jsou vnímány skupinou jako jakousi „vstupenkou“ do skupiny. Není pochyb o tom, že vyjadřování

emocí ve skupině pomáhá těm, kteří by se raději vůbec neprojevovali ze strachu z reakcí ostatních členů. Někdy se však může stát, že se někteří členové cítí, že selhávají ve skupinových „emocionálních standardech“. Terapeut má pak etickou i technickou zodpovědnost pomoci klientům rozpoznat terapeuticky užitečnou emocionalitu od té, která je pouze důsledkem skupinového tlaku.

2.3 Role skupinového terapeuta

Rieger (2007) považuje za základní podmínku účinnosti terapeuta jeho autoritu, která v sobě zahrnuje i charisma. Nezáleží na tom, zdali je terapeut direktivní nebo indirektivní. Důležité je, jakou má autoritu, protože pokud ji má, je členy skupiny přijímán se samozřejmostí a důvěrou. Autorita terapeuta je zodpovědná za cestu, kterou nabízí, ale nechává na zodpovědnosti členů, zda ji budou následovat.

2.3.1 Role terapeuta v psychodynamické skupinové terapii

Vedení psychodynamické skupinové terapie je nedirektivní. Skupina si vytváří svá vlastní pravidla. Terapeut pracuje s nevědomou dynamikou, která se odehrává mezi členy skupiny, s interpersonálními vztahy, s přenosy a protipřenosy (Vybíral, Roubal, 2010). Kratochvíl (2005) uvádí, že i v dynamicky orientované skupinové terapii může terapeut vycházet z vůdcovské role. S využitím závislosti vytvoří skupinu soustředěnou kolem sebe, která jej miluje a řídí se jeho pokyny. Terapeut zde má hlavní slovo, je ochranný, usměrňuje interakce ve skupině, pomáhá jí zvládat kritické situace, interpretuje materiál, který se vynořuje, trénuje s členy nové chování a režíruje psychodrama nebo jiné techniky.

Ve skupinové terapii vycházející z psychoanalytické orientace (např. v analytické skupinové terapii, psychoanalýze, skupinově analytické terapii) má být terapeut k dispozici pro přenos infantilních vztahů k otci a matce – kladných i záporných. Pro pacienty tak funguje jako projekční plátno. Tváří se indiferentně, pasivně naslouchá, neprojevuje se, neradí, nevyjadřuje své pocity ani hodnocení, neprojevuje svou osobnost. Pro skupinu zůstává neznámou osobností, hádankou. Skupinovému dění nechává terapeut volný průběh, nechává skupinu volně asociovat a volně projevovat interakce. Skupina sama později začne rozlišovat, které obsahy jsou relevantní. Interpretace terapeuta jsou obvykle zaměřené na odhalování nevědomých motivů jednání a přenosu. Je však v tomto ohledu mnohem více pasivní než v individuální terapii (Kratochvíl, 2005).

„Vůdcovství“ může být z perspektivy sociálních systémů chápáno jako zodpovědnost za definování úkolů a cílů skupiny (Skolnick, 1992, cit. dle Rutan, Stone, Shay, 2007). V souladu se základním účelem skupiny určuje terapeut počet členů skupiny, strukturu, čas, místo, frekvenci a délku skupinových setkání. Struktura psychodynamické terapie zahrnuje paradoxně terapeutův jak direktivní tak nedirektivní přístup. Psychodynamičtí terapeuti spíše následují skupinový proces, než aby ho sami iniciovali. Na počátku i v průběhu terapie využívá terapeut své autority k vytvoření životaschopných terapeutických hranic a mechanismů. Přesto terapeut zastává nedirektivní roli, která v klientech vyvolává regresivní fantazie a projekce. Terapeut se stává objektem fantazií členů skupiny. Členové skupiny komunikují s terapeutem skrze své projektivní procesy, které bývají emocionálně silně nabitě (nenávist, závist, láska). Terapeutova role zahrnuje mj. kontejnování a vnitřní zpracovávání (metabolizaci) těchto silných afektů v souladu s terapeutickými účely. Hlavním úkolem terapeuta je hlídání hranic. Výzvou pro něj je vytvářet takové flexibilní hranice, které umožní zajistit integritu skupiny a zároveň nejsou natolik volné, aby neudržely strukturu a bezpečí skupiny (Rutan, Stone, Shay, 2007).

2.4 Indikace skupinové terapie

Yalom a Leszcz (2005) uvádějí, že většina terapeutů klienty pro skupinovou terapii nevybírá, ale z velkého množství klientů vyřazuje ty, kteří jsou pro ni nevhodní a měli by z ní být proto vyloučeni. Do terapeutické skupiny jsou pak přijati všichni ostatní klienti. Je to jednodušší postup, protože k vyloučení pacienta stačí jeden znak, ale k odůvodněnému zařazení je třeba úplnější profil. Nejdůležitějším klinickým kritériem pro zařazení do terapie je klientova motivace. Klient musí být pro terapii, a skupinovou terapii obzvlášť, velmi motivován. Na základě výsledků mnoha výzkumů se potvrzuje, že čím více klient očekává, že pro něj bude ať už individuální nebo skupinová terapie užitečná, tím užitečnější mu skutečně bude.

Většina terapeutů souhlasí s tím, že důležitým kritériem pro zařazení do skupinové terapie je to, že se klientovy hlavní problémy nacházejí v *interpersonální oblasti*. Pod tím si můžeme představit problematiku osamělosti, stydlivosti, sociální uzavřenosti, neschopnosti intimních vztahů nebo lásky, přehnané soutěživosti, agresivity, výbušnosti, hádavosti nebo podezřavosti. Vhodnou indikací jsou také pacienti s problémy s autoritou, narcismem včetně neschopnosti sdílení či empatie a s neustálou potřebou být obdivováni. Stejně tak pacienti s pocity, že je nikdo nemá rád, se strachem ze sebeprosazení, submisivitou nebo závislostí mohou z terapie profitovat. Někteří klinici doporučují skupinovou terapii pro klienty, kteří neprospívají v individuální terapii, protože mají omezenou schopnost mluvit o některých životních událostech. Dalšími jsou klienti impulzivní s potížemi v sebekontrolě (Yalom, Leszcz, 2005).

Rieger (2007) referuje o třech základních okruzích problémů, které jsou vhodné pro prostředí skupinové terapie. Jsou to problémy vyvolané poruchou v síti vztahů a sociálních interakcích, problémy vyplývající z niterně pociťovaného jedincova problému, který vzbuzuje napětí ve vztazích s ostatními lidmi a problémy, které je vhodné konfrontovat s ostatními, nejlépe s těmi, kteří podobný problém buď aktuálně řeší, nebo s ním mají alespoň zkušenost, případně mají problém komplementární k danému problému (poruchy příjmu potravy, závislost na automatech, partnerské problémy atd.).

Yalom a Leszcz (2005) definují podstatné rysy, které by měl mít klient, aby pro něj mělo prospěch členství v dynamické a interakční skupině. Takový klient musí být schopen a ochoten zabývat se svým interpersonálním chováním, být otevřený, poskytovat a přijímat zpětnou vazbu.

Jaké mohou být kontraindikace pro účast ve skupinové terapii? Podle Yaloma a Leszcze (2005) existuje klinický konsenzus o tom, že terapie v heterogenní ambulantní skupině je nevhodná pro klienty s poškozením mozku, klienty paranoidní, hypochondrické, závislé na drogách a alkoholu, akutně psychotické nebo sociopatické. Důvodem, proč tomu tak je, může být to, že klienti ve skupinové terapii selžou, pokud nejsou schopni zvládnout primární úkol skupiny – ať již z důvodů souvisejících s intelektem, psychologií, vztahy. To platí především pro krátkodobé, časově ohraničené skupiny, které bývají při nevhodném výběru členů extrémně neúspěšné. Zvláště nevhodnými kandidáty pro ambulantní interakční skupinovou terapii jsou sociopatičtí klienti, kteří mají na skupinu typicky destruktivní vliv. Většina odborníků s klinickou praxí se také shodne na tom, že klienti v akutní situační krizi nejsou pro skupinovou terapii vhodní.

3 Proměnné v psychoterapii a terapeutická změna

„Co je to psychoterapie? Psychoterapie je pro mě víc než umění, je to také věda a domnívám se, že vědu můžeme vyučovat ostatní. Je to věda o změně člověka – o změně jeho myšlení, cítění, chování a občas i o změně tělesného schématu“ (Goulding, in Zeig, 2005, str. 502). Goulding vidí terapii jako vědu o změně člověka. Při čtení definic psychoterapie od různých autorů jsem opakovaně narážela na ústřední pojem, a tím byla právě ona „změna“. Změna osobnosti ve směru osvobození se od patologií a nepřizpůsobivého zvládání situací ke kompetentnímu zvládání (Hájek, in Vymětal, 2004), nebo změna chování, myšlení, emocí a/nebo osobnostních charakteristik směrem, který obě strany v terapeutickém vztahu považují za žádoucí (Norcross, Prochaska, 1999, str. 16) a další. Na místě je alespoň krátce se terapeutické změně věnovat. Představím teorii terapeutických mechanismů nutných pro změnu vlivem terapie dle Klause

Graweho, protože se mi líbí její transteoretická koncepce a nezaujatost pro jeden směr, ale zdůraznění součinnosti jednotlivých mechanismů ve prospěch pacienta.

Pokud se zabýváme měřením efektu psychoterapie, měli bychom znát i proměnné, které se na jejím výsledném efektu mohou podílet. V následující kapitole uvádím přehled proměnných na straně klienta a na straně terapeuta, které se ve výzkumech ukázaly být významné nebo naopak (někdy překvapivě) bezvýznamné.

3.1 Čtyři mechanismy terapeutické změny dle Klause Graweho

Studie Graweho (1997) je výsledkem mnohaletého intenzivního studia výsledků z výzkumů v psychoterapii. Zabýval se jak výzkumy s kontrolní skupinou, tak naturalistickými studiemi. Na základě této analýzy tisíce výzkumných zjištění došel k závěru, že prokázané účinky i vysoce rozdílných forem terapií mohou být shrnuty pod 4 základní mechanismy změny.

1. Osvojování schopnosti zvládnání (*mastery/coping*).

První mechanismus změny se týká pacientovy reálné zkušenosti, kterou ve svém životě zažil jako velmi náročnou nebo zúzkostňující a se kterou se musel nějakým způsobem vyrovnat, zvládnout ji. Pacienti jsou často přesvědčeni, že nejsou schopni řešit podobné situace jinak, respektive lépe nebo adaptabilněji. Terapeut by měl pacienta podpořit v tom, aby si zakusil řešení náročné situace v reálných podmínkách, aby zažil to, že je schopen „udělat to jinak“. Dobrým příkladem jsou tzv. expozice, jak je známe z behaviorálních terapií, kdy se pacienti přímo vystavují pro ně vysoce nepříjemným podmínkám a učí se je tak zvládat. Tím se podpoří pacientovo vědomí vlastní účinnosti (tzv. self-efficacy). Tato změna způsobí pacientovi zážitek náročnou situaci zvládnout jinak, než doposud a umožní mu to vstupovat do podobných situací s větší jistotou a pocitem kompetentnosti, že je schopen je úspěšně vyřešit.

2. Objasnění významu, vysvětlení příčin, náhled (*clarification of meaning*).

Grawe v odkazu na teorii motivace Lazaruse zmiňuje, že když někdo zažívá úzkost, tak v podstatě prožívá existenciální ohrožení svých důležitých cílů. Člověk si tyto cíle ani jejich propojení s aktuálním prožitkem úzkosti nemusí nutně uvědomovat. Pro pacienta je důležité získat náhled na to, proč úzkost prožívá a s čím je spojena. Díky náhledu se mu vyjasní pro něj významné cíle, jejichž ohrožení v něm pocity úzkosti vyvolává. Když tomuto pacient porozumí, změní se jeho přístup k situaci a s tím se může dramaticky změnit i jeho prožívání. Podle Graweho prototypem terapie zaměřené na tento princip je tzv. na emoce zaměřená (procesově-prožitková) terapie Greenberga, Riceho a Elliota, ale samozřejmě se s tímto principem setkáme

i u ostatních přístupů. Pro mnoho terapeutů je tento empiricky dobře ověřený mechanismus změny základem psychoterapie.

Grawe upozorňuje, že není dobré zaměřovat se buď na jeden, nebo na druhý mechanismus. Často se stává, že se např. behaviorální terapeuti soustředí pouze na mechanismy zvládání a psychodynamičtí terapeuti pouze na mechanismus vyjasňování, náhledu, jako kdyby pacient potřeboval jen jedno nebo druhé – pro pacienta je nejužitečnější zabývat se obojím, spojit oba mechanismy.

3. Aktualizace problému (*problem actuation*).

S problémem se dá nejlépe pracovat, když ho pacient aktuálně prožívá. Proto bylo vyvinuto mnoho způsobů, jak tento proces spustit jako jsou např. gestalt techniky, psychodrama, focusing, případně také vytvoření podmínek pro skutečné interakce v párové, rodinné nebo skupinové terapii. Způsobů, jak problém zaktualizovat, je mnoho, proto by je měli terapeuti znát a umět používat.

Ani tento mechanismus se však nedá vytrhnout z kontextu ostatních mechanismů změny, musí fungovat v součinnosti i společně s posledním Grawem vymezeným mechanismem a tím jsou pacientovy zdroje, které uvádějí do chodu všechny ostatní změny.

4. Aktivace zdrojů (*resource activation*).

Psychoterapeut může pracovat pouze s tím, co s sebou do terapie pacient přináší (motivace, připravenost, schopnosti). Tyto zdroje musí být co nejlépe aktivovány a využity díky podpoře terapeuta. Terapeut by se měl zaměřovat a rozvíjet pacientův pozitivní potenciál, jeho silné stránky. Pacientovi se tak podaří své silné stránky a pozitivní aspekty prožít, uvědomit si je. Zvládnutí tohoto mechanismu je alfa a omega efektivní terapie.

3.2 Proměnné na straně klienta

Pro mnoho terapeutů je základní otázkou, co z toho, co v terapii „dělají“ nebo z podmínek, které vytvářejí, je tím hlavním faktorem, který způsobuje terapeutickou změnu. Empirické výzkumy ale přináší něco velmi odlišného - ve skutečnosti je to klient, který je primárně zodpovědný za změnu v terapii (Bohart, Tallman, 1999, cit. dle Cooper, 2008). Duncan a kol. (2004, cit. dle Cooper, 2008) k tomu dodávají, že „*klienti a ne terapeuti dělají terapeutickou práci*“.

Podle Lamberta (1992, dle Kratochvíl, 2006) se na celkovém terapeutickém efektu podílejí ze 40% právě tzv. mimoterapeutické faktory na straně klienta. 30% přisuzuje tzv. společným faktorům působící v terapii, 15% vlivu očekávání pacienta a 15% patří specifickému účinku použitých technik. Cooper (2008) počítá, že kdybychom ke zmíněným 40% patřícím mimoterapeutickým faktorům přidali naději a očekávání (také placebo efekt), rovněž jakožto faktor na straně klienta a procento vyjadřující význam terapeutického vztahu, jež je vytvářen klientem stejně jako terapeutem, dostali bychom se na minimálně 75% podíl zodpovědný za změnu v psychoterapii, který spočívá právě ve faktorech na straně klienta. Wampold (2001, cit. dle Sparks, Duncan, Miller, 2008) na základě metaanalýzy došel ještě k vyššímu podílu těchto faktorů, a to k 87%.

K extra-terapeutickým faktorům může patřit dle Boharta a Tallmana (1999, cit. dle Sparks, Duncan, Miller, 2008) v podstatě cokoli, co už v klientově životě působilo před tím, než do terapie vstoupil. Může to být vytrvalost, otevřenost, víra, optimismus, členství v náboženské komunitě, získání nové práce, úspěšné zvládnutí krize nebo také podporující babička.

Navzdory velkému zájmu výzkumníků a kliniků není stále jednoznačně zodpovězená otázka, jestli má pohlaví pacienta podstatný dopad na výsledný účinek léčby. Některé studie naznačují, že pacientky častěji profitují z terapie více než pacienti-muži (Kirschner a kol., 1978; Jones, Zoppell, 1982; Sue, Lam, 2002). Jiné výzkumy přicházejí se zjištěními, že mezi pohlavím a výsledkem léčby vztah není (Sotsky a kol., 1991; Thase a kol., 1994; Zlotnick a kol. 1996; Beutler a kol., 1994, cit. dle Ogrodniczuk a kol., 2001). Clarkin a Levy (2004) zmiňují, že i když se např. deprese váže častěji na ženské pohlaví, v terapeutických výsledcích se pohlaví od sebe neliší.

Dle Ogrodniczuka a kol. (2001) zatím není v psychoterapeutické literatuře dostatečně zodpovězena také otázka, jestli je rozdíl mezi muži a ženami v účinnosti různých forem terapie. Se svými kolegy se zaměřili na porovnání výsledků terapie mužů a žen, kteří podstoupili suportivní a interpretativní terapii. Došli k závěru, že ženy těží více ze suportivního přístupu a muži spíše z interpretativního. Konstatovali tedy, že ze stejného druhu krátkodobé terapie netěží muži a ženy stejně.

Clarkin a Levy (2004) uvádí, že se ve výzkumech ukazuje, že věk není důležitým faktorem, který by měl vliv na terapeutické výsledky (např. velká metaanalýza Smithe, Glasse a Millerové z roku 1980). Výjimkou je dle některých studií léčba depresí, kde profitují více mladší pacienti (Beutler, Blatt a kol., 2006) a léčba závislostí, kde naopak mladší pacienti dosahují výsledků horších (Agosti a kol., 1996).

Méně vzdělaní pacienti bývají dle Garfielda (1994) častěji zainteresováni pouze do zmírnění svých symptomů a nemají zájem o psychoterapii jako takovou. Často podstatě psychoterapie příliš nerozumí, což způsobuje komplikace v komunikaci s terapeutem.

Cooper (2008) přehledně prezentuje výzkumná zjištění, která se týkají proměnných na straně klienta. Výzkumy potvrzují, že vysoká úroveň motivace a angažovanost klienta v terapii úzce souvisí s pozitivními terapeutickými výsledky. Dále, že klienti mají tendenci na sobě pracovat, když mají pozitivní, ale zároveň realistický přístup k výsledkům i k procesu terapie. Pod „realistickým přístupem“ k terapii si můžeme představit především následující aspekty:

- adekvátní očekávání klientů, že pro ně bude terapie přínosná,
- uvědomění, že terapie může být někdy náročná,
- jasno v tom, co terapie je a proč ji klient podstupuje.

Výzkumy ukazují, že lepší terapeutické výsledky obecně dosahují klienti, kteří:

- nemají diagnostikovanou poruchu osobnosti
- mají vytvořené bezpečné přimknutí (attachement) a dobře fungují v interpersonálních vztazích
- nejsou zvýšeně perfekcionista
- umějí psychologicky uvažovat
- jsou připraveni ke změně
- mají dobrou sociální podporu

Klienti různého pohlaví, věku, sexuální preference, rasy nebo sociální třídy dosahují v terapii relativně stejných výsledků.

3.3 Proměnné na straně terapeuta

Cooper (2008) přehledně shrnuje výsledky dosavadních výzkumů z oblasti zkoumání působících faktorů na straně terapeuta. Ukázalo se, že se úspěšnost různých terapeutů obecně výrazně liší. Lepší terapeutické výsledky dosahují terapeuti s vyšší úrovní psychické pohody (wellbeing). Neprokázalo se, že by se úspěšnost terapeutů výrazně lišila vzhledem k jejich osobní zkušenosti, věku nebo pohlaví. Mírně vyšší úspěšnost byla zaznamenána u žen-terapeutek při práci se ženami. Profesionální vzdělávání terapeutů (výcvik, supervize, terapeutická zkušenost) má slabý vztah k terapeutickým výsledkům, přičemž úspěšnost je srovnatelná s výsledky „paraprofesionálů“ (nekvalifikovaní pracovníci provádějící psychologickou léčbu). Klienti s pevnými nebo extrémními hodnotami a postoji si vybírají terapeuty podobného smýšlení, protože věří, že jim budou lépe rozumět. Stejně tak preferují klienti terapeuty z podobných sociálních skupin nebo prostředí. Takové spojení může mít pak skutečně pozitivnější dopad na klientovy výsledky.

Poslední sledovanou proměnnou v přehledu Coopera (2008), je osobnost terapeuta. Ačkoli považují klienti osobnosti svých terapeutů za důležité, nebyl prokázán vztah mezi osobnostními charakteristikami terapeuta a větším nebo méně výrazným zlepšením klienta. Obecně se dá říci, že trvalé a relativně stabilní osobnostní rysy terapeuta se ukazují být méně důležitým prediktorem terapeutických výsledků než je vztah, který terapeut se svými klienty dokáže navázat.

Paterson (1989, cit. dle Vybíral, Roubal, 2010) popsal nespecifické faktory spojené s osobou psychoterapeuta. Jsou jimi autorita, status daný profesí, prestiž, atraktivita, věrohodnost a kompetence. Kromě těchto faktorů prosazoval čtyři společné faktory, které by měl terapeut splňovat napříč terapeutickými směry: 1. empatické porozumění a empatické vyjadřování tohoto porozumění, 2. vřelost a respekt, 3. citlivost, 4. konkrétnost.

4 Výzkum v psychoterapii

4.1 Základní dělení výzkumu v psychoterapii

Existují dva hlavní důvody pro zkoumání psychoterapie – *formování* terapeutické praxe a *zdůvodnění* psychoterapie jako opodstatněné léčebné činnosti na poli psychologických a psychiatrických problémů v životě člověka (Timul'ák, 2005).

Jakými způsoby se dá psychoterapie zkoumat? Podle Timul'áka (2005) se dá výzkum v psychoterapii rozdělit na dvě hlavní větve. První, *výzkum efektu/výsledku* (outcome research) je postup, kterým se výzkumníci snaží ověřit a validizovat účinnost určité psychoterapie. Jinými slovy se snaží zodpovědět otázku, zdali je terapie účinná. Druhá větev představuje *výzkum procesu* (process research), kde se zjišťuje, jak k terapeutické změně dochází a které mechanismy k ní přispívají. Hledá se tedy odpověď na otázku, jak terapie funguje.

Grawe (1997) nabízí svůj pohled na možné způsoby výzkumu v psychoterapii. Dělí je do 4 fází na základě stěžejních otázek, jež si klade:

1. *Fáze legitimizace*: Je psychoterapie účinná?
2. *Fáze kompetice*: Která forma psychoterapie je lepší než ostatní?
3. *Fáze tzv. preskriptivní psychoterapie*: Jaká forma terapie je vhodná pro koho?
4. *Fáze výzkumu procesu*: Jak psychoterapie funguje?

Podle Graweho odpovědi na první tři otázky psychoterapii neobohacují ve smyslu dělaní lepší psychoterapie. Tím se dle něj zabývá pouze odpověď na poslední otázku. Nicméně nesnižuje

hodnotu předchozích, jelikož ty nám poskytují lepší vědecké uchopení již existujících terapií a reprezentují významný příspěvek k efektivnějšímu zprostředkování a uchopení psychoterapie.

V části věnované výzkumu v psychoterapii se budu nadále věnovat především výzkumu efektu psychoterapie (skupinové, psychodynamické).

4.2 Výzkum efektu psychoterapie

Výzkum výsledku terapie je prostředkem, jímž se snažíme ověřit a validizovat účinnost psychoterapie (Timulák, 2005). Účinnost psychoterapie, stejně jako jiných léčebných postupů, musí být dle Vymětala (2004) zjištěna a ověřena, protože by bylo eticky nepřijatelné a pacienta ohrožující, kdyby na něm byly vykonávány postupy, jejichž směr působení není znám.

4.2.1 Výzkumné plány měření účinnosti psychoterapie

Zjišťování efektu psychoterapie můžeme dle Timuláka (2005) rozdělit na dva hlavní výzkumné designy: 1. znáhodňované kontrolované klinické zkoušky (RCT), 2. alternativy znáhodňovaných klinických zkoušek. Ve studii zabývající se efektivitou a náklady psychoterapie (USA, 1980) rozdělují autoři výzkumné experimentální plány (RCT) následovně:

1. *Terapie versus ne-terapie.* Jedná se o klasický výzkumný design, ve kterém se náhodně rozdělí pacienti do dvou skupin – jedna skupina pacientů podstupuje terapii (experimentální), druhá nikoli (kontrolní).
2. *Terapie versus terapie.* Jde o srovnávací studii, ve které jsou pacienti náhodně přiřazeni do skupin, kde jim jsou poskytovány různé druhy terapií. Někdy je přidávána další kontrolní skupina (ne-terapeutická).
3. *Terapie versus placebo-terapie.* Pacienti jsou náhodně zařazeni do skupin, v nichž je poskytována buď „skutečná“ terapie nebo „placebo-terapie“. Zde nastává potíže v tom, co se dá v psychoterapii definovat jako placebo, resp. které prvky terapie se dají považovat za neúčinné.

Timulák (2005) do alternativ k znáhodňovaným zkouškám řadí případové experimentální a kvantitativní deskriptivní studie, intenzivní případové studie, zkoušky založené na preferenci pacientů, naturalistické studie a výzkumné studie zjišťující spokojenost. Tyto tzv. kvaziexperimentální plány bývají někdy považovány za chudou náhražku čistých experimentálních designů. Pokud jsou kvalitně metodologicky postavené, mohou eliminovat možná alternativní vysvětlení výsledků experimentů (RCT) a mohou poskytnout i další užitečné informace (USA, 1980).

Fonagy a Targetová (2005) uvádějí přehled obecně přijímané hierarchie výzkumných záměrů, která je u výsledkových studií v psychoterapii obecně přijímána. Na nejnižší hierarchické příčce jsou kazuistiky a vícepřípadové studie. O něco výše se nacházejí prospektivní „pre-post“ studie, dále porovnávací studie (intervence jsou srovnávány s „obvyklou“ nebo žádnou léčbou) a zlatým standardem je RCT.

4.2.2 Významné metaanalýzy: Je psychoterapie účinná?

Otázka po účinnosti psychoterapie je naprosto legitimní. Zajímá psychoterapeuty, klienty a případné plátce psychoterapeutické péče, jako jsou zdravotní pojišťovny. Je důležité, aby se ze zdroje zacházelo hospodárně a aby klienti dostávali za vynaložené prostředky co nejlepší péči. Proto se mnoho přehledových studií a metaanalýz pokouší tuto otázku odpovědět (Vybíral, Roubal, 2010).

Metaanalýza je kvantitativní postup umožňující shrnout a porovnat neomezené množství vzájemně nezávislých výzkumů v určité oblasti prostřednictvím převedení výsledků na srovnatelné veličiny, nejčastěji na tzv. index velikosti vlivu neboli míru účinnosti (effect size) (Vymětal, 2004).

Do historie snah o hodnocení psychoterapie jako celku se zajisté zapsal Eysenck, který v roce 1952 spustil svou kritikou a zpochybněním účinnosti psychoterapie významnou kontroverzi. Konstatoval, že psychoterapie není účinnější než spontánní remise (Timul'ák, 2005). Eysenck (1952) ve své studii porovnal výsledky psychoanalytické a eklektické psychoterapie s pacienty psychoterapeuticky neléčenými. Pacienti léčení psychoanalýzou se zlepšili ve 44%, eklektickou psychoterapií v 64% a 72% pacientů prodělalo zlepšení, i když nebyli terapeuticky léčeni nebo byli pouze v péči svého praktického lékaře. Pacienti se dle Eysencka výrazně zlepšili díky spontánní remisi do dvou let, což považoval částečně za důkaz o tom, že psychoterapie může zřejmě pomáhat problém udržovat.

Eysenckovo provokativní prohlášení, že „čím více psychoterapie, tím menší je pravděpodobnost úzdravy“ vyvolalo mezi odbornou veřejností polemickou odezvu, což mělo mj. dopad na mnohem pečlivěji prováděné výzkumy účinků psychoterapie (Vybíral, 2006). Pozdější systematické přehledy výzkumu psychoterapie přinesly pozitivnější výsledky a obhajobu opodstatněnosti psychoterapie jako takové (Timul'ák, 2005).

Za první významný výzkum výsledků terapie je považována metaanalýza Smithové, Glasse a Millera z roku 1980 (Shedler, 2010). Ti touto metodou zpracovali výsledky 475 studií.

Výpočtem došli k celkové průměrné míře účinnosti (effect size) psychoterapií v hodnotě 0,85, což znamenalo, že průměrný jedinec, který byl podroben psychoterapii, na tom byl lépe než 80% jedinců neléčených (Vybíral, Roubal, 2010). Vybíral (2006) uvádí, že vlivem terapie pacienti vnímali po léčbě především zmírnění úzkosti, zlepšení pohledu na sebe sama a zvýšení sebeúcty.

Landman a Dawes v roce 1982 provedli důkladnou reanalýzu všech výzkumů zahrnutých do metaanalýzy Glasse a Millera. Výsledkem bylo potvrzení jejich závěrů, včetně míry účinnosti psychoterapie (Vybíral, Roubal, 2010).

4.2.3 Výzkum efektu psychodynamické psychoterapie

Výzkum v psychoanalytické psychoterapii má dlouhou historii. Problémem však vždy bylo tento směr empiricky uchopit, definovat jeho základní léčebné prvky. V 80.letech začali analytici terapeuti rozvíjet terapeutické manuály, které by jim právě v tomto uchopení pomohly. Manuály se lišily od tradičních knih o psychoanalytických technikách jasnější operacionalizací intervencí a poskytnutím posuzovacích škál pro měření určitých aspektů v léčbě. Prvním, kdo se zabýval vývojem manuálů pro psychoanalytickou terapii, byl Luborsky, který vyvinul manuál založený na dlouhé tradici systematického výzkumu i klinické praxe (Strupp, Binder, 1984, in Freedheim, 2005). Současné výzkumy psychoterapie se o manualizované formulování terapeutického postupu nevyhnutelně opírají. Je tomu tak především proto, aby se zajistila standardnost poskytované terapie a zminimalizoval se tak vliv jednotlivých terapeutů. Při porovnávacích studiích se pak např. sleduje, zda je možné rozlišit provedení porovnávaných terapií hodnocením nahrávek terapeutických setkání (Timul'ák, 2005).

Grawe (1994, cit. dle Kratochvíl) posbíral 3500 zpráv o zkoumání efektu psychoterapie publikovaných do roku 1983. Konstatuje, že k metodám, u nichž zpracované výzkumy účinnost prokazují, patří terapie psychoanalytická, rogerská a kognitivně-behaviorální. U psychoanalytické terapie se pozitivní výsledky týkají především psychoterapie s psychoanalytickou orientací a nejsou nikterak ohromující. Efekt byl prokázán u pacientů s lehčími neurotickými poruchami a poruchami osobnosti.

Výzkumů dlouhodobé psychodynamické terapie v podobě RCT se uskutečnilo velmi málo. Jeden z nich vedl Winston a kol. (1994), který zjišťoval účinek dvou forem krátkodobé psychoterapie u pacientů s poruchou osobnosti. 81 pacientů bylo náhodně přiřazeno do tzv. krátkodobé adaptivní psychoterapie, krátkodobé dynamické terapie nebo na čekací listinu. Průměrná délka léčby obou skupin zahrnovala v průměru 40,3 sezení. Pacienti, kteří podstoupili jednu nebo druhou terapii, se signifikantně zlepšili oproti pacientům v kontrolní skupině, kteří na léčbu

pouze čekali. Ukázalo se, že jsou obě terapie efektivní pro léčbu pacientů s určitým typem poruchy osobnosti a celkově není mezi oběma přístupy ve výsledcích rozdíl.

Anderson a Lambert (1995, cit. dle Gabbard, 2007) provedli metaanalýzu 26 studií a zjistili, že krátkodobá dynamická terapie byla stejně účinná jako ostatní terapie v katamnéze.

Za jednu z nejzajímavějších studií považuje Fonagy a Targetová (2005) Stockholmský projekt pro posouzení výsledků psychoterapie a psychoanalýzy z roku 1999. Do výzkumu bylo zahrnuto 756 osob, které se po dobu tří let léčily psychoanalýzou nebo psychoanalytickou terapií. Výsledky ukázaly, že analýza 3-5krát týdně měla po ukončení léčby stejné výsledky jako psychoterapie s 1-2 sezeními týdně. Po katamnestických kontrolách v následujících třech letech měli však psychoanalyticky léčení jedinci mnohem lepší výsledky v SCL-90 měřící symptomatické projevy. Výzkumníci to vysvětlovali tím, že tito pacienti se oproti psychoterapeuticky léčené skupině po ukončení léčby nadále zlepšovali. Gabbard (2007) mluví o povzbudivém zjištění, které se v psychodynamických studiích opakovaně potvrzuje – měření po léčbě indikují kontinuální zlepšování pacientů, což naznačuje, že se pacienti naučili určitý způsob uvažování o svých zkušenostech, které mohou sami aplikovat i po skončení léčby.

Výbor Mezinárodní psychoanalytické asociace zpracoval v roce 1999 všestranný přehled severoamerických a evropských studií psychoanalytické léčby a dospěl k závěru, že dosavadní studie jednoznačně neprokázaly, že je psychoanalýza účinnější než jiná léčba nebo aktivní placebo. Ve zhruba padesáti studiích našli metodologické nedostatky. I přesto však důkazy z celé řady pres-post výzkumů svědčí o tom, že psychoanalýza důsledně pomáhá pacientům s mírnějšími (neurotickými) poruchami a že delší intenzivní léčba měla lepší výsledky (důsledky) než kratší a neintenzivní léčba (Fonagy, Target, 2005).

4.2.4 Srovnávací studie účinnosti psychodynamické terapie a KBT

Studie Paula (1966, cit. dle Kratochvíl, 2007) patří ke klasickým, dobře projektovaným kontrolovaným výzkumům. Autor se zaměřil na osoby se strachem z veřejného vystupování, u kterých srovnával účinek léčení oproti kontrolní skupině bez léčby s metodou systematické desenzibilizace, dynamické psychoterapie a placebo-psychoterapie. Výsledek ukázal, že větší úspěšnost měla desenzibilizační terapie oproti terapii s náhledem. Terapie s náhledem nebyla významně úspěšnější než placebo terapie, ale obě byly úspěšnější než kontrolní skupina bez ovlivňování (se spontánním zlepšením). Dva roky po léčení nebyl v katamnéze rozdíl mezi placebo-skupinou a dynamickou skupinou. V obou bylo výrazně vyšší zlepšení oproti stavu před

léčbou ve srovnání s kontrolní skupinou a významně nižší zlepšení ve srovnání se skupinou se systematickou desenzibilizací.

V roce 1975 prezentoval výzkumný tým Sloana a Staplese (cit. dle Kratochvíl, 2007) rozsáhlý srovnávací výzkum behaviorální a krátké psychoanalyticky orientované psychoterapie. Pacientům v kontrolní skupině byla přislíbena léčba za 4 měsíce a byl s nimi po čekací dobu udržován podpůrný telefonický kontakt. Každá skupina čítala 30 pacientů, léčení probíhalo individuálně jednou týdně po 4 měsíce. Během těchto 4 měsíců se stav pacientů ve všech skupinách zlepšil v klíčových symptomech, a to u léčených skupin podstatně více než v kontrolní skupině bez léčby. Mezi behaviorální a psychoanalytickou skupinou nebyl zaznamenán rozdíl. Ukázalo se, že obě terapie jsou přibližně stejně účinné při léčení středně těžkých neuróz a poruch osobnosti.

Z pohledu současných standardů kladených na zkoumání efektu psychoterapie se stala mezníkem velká výzkumná studie Kolaborativního programu léčby deprese v 80.letech, jejíž autory byla Elkinová s výzkumným týmem. Ve výzkumu se porovnávala KBT, interpersonální terapie, léčba imipraminem-hydrochloridem s běžnou lékařskou péčí a lékové placebo s běžnou lékařskou péčí. Terapii bylo podrobena celkem 236 pacientů s diagnostikovanou depresivní poruchou. Celkový efekt léčby hned po skončení terapie se mezi jednotlivými skupinami výrazně nelišil. Interpersonální terapie a imipramin s běžnou péčí se jevily jako účinnější v porovnání s placebem s běžnou péčí. Ukázalo se, že 4 měsíční léčba je v případě deprese nedostatečná (Timulák, 2005). Opětovná analýza terapeutických nahrávek předběžně prokázala, že čím více proces krátkodobé terapie připomíná psychoanalytický přístup, tím je pravděpodobnější její účinnost (Ablon, Jones, 1999, cit. dle Fonagy, Target, 2005).

Současným stavem ve výzkumu terapie deprese se zabývali také Roth a Fonagy (2005, cit. dle Vybíral, Roubal, 2010). Ti svá zjištění shrnuli do třech bodů:

1. Psychodynamická terapie není v léčbě depresí lepší než jiné psychoterapie.
2. V řadě výzkumů byly výsledky psychodynamické terapie obdobné jako výsledky KBT.
3. Dynamická terapie je podstatně méně účinná než medikace nebo KBT.

Třetí tvrzení autoři relativizují s odkazem mj. na to, že dynamický přístup bývá ve výzkumech často srovnávacím přístupem pro porovnání s léčbou, s kterou se výzkumníci identifikují (může se projevit efekt allegiance) a také nemusí být vždy dynamická terapie prováděna správně. Druhé tvrzení podpořily i výsledky sheffieldské studie, kterou uvádím dále.

Sheffieldská studie Shapira, Barkhama, Reesové a kol. (1994, cit. dle Timul'ák, 2005) je příkladem klasické RCT. Zkoumali efekt KBT a psychodynamické-interpersonální terapie (PI). Celkem bylo analýze podrobeno 117 klientů, kteří byli rozděleni náhodně do 4 experimentálních skupin: 1. 8 setkání KBT, 2. 8 setkání PI, 3. 16 setkání KBT, 4. 16 setkání PI. Ukázalo se, že mezi KBT a PI v podstatě nebyly rozdíly. KBT skupina byla úspěšnější pouze v BDI a ve škále hodnocení současného stavu, skupina PI byla úspěšnější u léčby vysoce depresivních pacientů. Osoby s těžší depresí získaly více z 16 sezení, s lehčí depresí z 8 sezení. Celkově nebyl v rychlosti změny mezi oběma směry žádný rozdíl.

Wilfley a kol. (2002) porovnávali účinnost skupinové kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a skupinové interpersonální terapie (IPT) u 162 pacientů trpících nadváhou s poruchou příjmu potravy - přejídání se. Pacienti byli náhodně rozděleni do KBT nebo IPT skupiny, které trvaly 20 týdnů. Výzkumníci zjistili, že obě terapie měly obdobný účinek v léčbě symptomů poruchy po bezprostředním skončení léčby i v roční katamnéze. Do té doby byly zdokumentovány účinky pouze u KBT, u IPT nebyl dlouhodobý efekt na léčbu symptomů poruchy přejídání se znám. Autoři uzavírají, že skupina IPT je funkční alternativou ke skupině KBT pro léčbu pacientů s poruchou přejídání.

Stanglier a kol. (2011) prostřednictvím RCT porovnávali účinnost kognitivní a interpersonální terapie v léčbě sociální fobie. 106 pacientů dokončilo kompletní léčbu (v kontrolní skupině byly osoby na čekací listině) o 16 sezeních. Zjistilo se, že kognitivní terapie i IPT vedly ke značnému zlepšení a tento efekt se udržel i při měření jeden rok po léčbě, přičemž kognitivní terapie se ukázala jako více účinná při redukci symptomů.

V dalším RCT výzkumu McIntoshové a kol. (2005) byla srovnávána léčba anorexie třemi přístupy – KBT, IPT a nespecifická podpůrná terapie (resp. kontrolní skupina). Do jednotlivých skupin bylo náhodně přiřazeno 56 žen s diagnostikovanou anorexií. Léčba trvala minimálně 20 týdnů o 20 setkáních. Nespecifická podpůrná terapie se ukázala být účinnější než IPT. KBT nebyla ani horší než nespecifická terapie, ani lepší než IPT. Pro ženy, které terapii dokončily, byla ze tří přístupů nejefektivnější právě podpůrná terapie.

4.2.5 Srovnávací studie individuální a skupinové psychoterapie

Smithová, Glass a Miller (1980) do své významné metaanalýzy, kterou jsem již zmínila výše, zahrnuli 475 studií, z nichž se 43% zaměřovalo na individuální a 49% na skupinovou psychoterapii. Obě formy psychoterapie vykazovaly vysokou míru efektu, přičemž rozdíl byl zanedbatelný.

Shapiro a Shapiro (1982) provedli důkladnou reanalýzu metaanalýzy Smithové a Glasse z roku 1977, do které zahrnuli 143 výzkumů. Referovali, že i když se individuální terapie jeví jako více účinná forma, není rozdíl oproti skupinové terapii příliš významný.

Fuhrman a Burlingame (1994) přezkoumali 700 skupinových terapií a došli k závěru, že skupinová terapie přináší stabilně pozitivní výsledky v léčbě širokého spektra poruch napříč různými terapeutickými přístupy.

Burlingame a kol. (2003) provedli metaanalýzu 111 výzkumů (RCT), které srovnávaly skupiny pacientů účastnících se různých skupinových terapií s kontrolními skupinami (např. pacienti čekající na léčbu). Zjistili, že v průměru klienti ve skupinové terapii na tom byli lépe než 72% lidí, kterým skupinová léčba nebyla poskytnuta.

Metaanalýza 23 studií výsledků terapie McRobertse a kol. (1998) přinesla výsledky konzistentní s předchozími zjištěními, které indikovaly, že mezi výsledky skupinové a individuální terapie není rozdíl.

Tillitski (1990) ve své metaanalýze sloučil výsledky z devíti výzkumů, které zahrnovaly 75 výsledků měření získaných od 349 účastníků skupinové terapie. Vybrány byly pouze studie se srovnávací (pacienti v individuální terapii) a kontrolní skupinou, jež měly tzv. pretest-posttest výzkumný design. Výsledky ukázaly, že výsledky obou skupin – podstupující jak skupinovou tak individuální terapii (nezávisle na terapeutickém směru) - dosahují konzistentně vyšší míry efektu než skupina kontrolní.

Metaanalýza 48 studií Millera a Bermána (1983) přinesla zjištění, že kognitivně behaviorální terapie byla obdobně účinná v individuální ($d=0,93$) i skupinové ($d=0,79$) podobě ve srovnání s neléčenou skupinou, kde dosahovala míra efektu individuální terapie 0,31 a skupinové 0,18.

Robinson, Berman a Neimeyer (1990) analyzovali 58 studií zaměřených na terapii depresivních pacientů. Metaanalýza ukázala, že obě skupiny klientů jak ve skupinové tak v individuální terapii vykazovaly větší zlepšení než neléčená skupina. Účinky obou skupin byly srovnatelné, míra efektu byla u obou vysoká.

Někteří autoři uvádějí ale i opačná zjištění. Dush, Hirt a Schroeder (1983) na základě metaanalýzy 69 studií udávají, že průměrný efekt individuální terapie byl skoro dvojnásobný než účinek skupinové terapie. Ve srovnání s neléčenou kontrolní skupinou byla míra efektu 0,93

pro individuální a 0,58 pro skupinovou terapii. Stejně tak Nietzel, Russell, Hemmings a Gretter (1987) při analýze 31 studií zaměřujících se na léčbu depresivních klientů doložili, že depresivní klienti léčení formou skupinové terapie udávali více depresivních symptomů než klienti v individuální terapeutické péči.

4.2.6 Naturalistické studie

Výzkum, který předkládám v empirické části práce, se zaměřuje na zjišťování účinku skupinové psychodynamické psychoterapie za použití výzkumného designu naturalistické studie. Považuji za vhodné přiblížit zde jistá specifika tohoto přístupu a nastínit zásadní rozdíly v porovnání s RCT. Ráda bych začala bližším vymezením používaných anglických termínů, se kterými se v souvislosti s výzkumem účinnosti psychoterapie setkáváme, a to jsou termíny *efficacy* a *effectiveness*.

Howard a kol. (1996) vysvětlují, že otázka po účinku psychoterapie ve smyslu *efficacy* se ptá na to, zdali určitá psychoterapie funguje v rámci speciálních, standardizovaných, experimentálních a kontrolovaných podmínek. Kliničtí výzkumníci mají častěji tendenci zaměřovat se právě na tento typ výzkumu – RCT, který se snaží zajistit vysokou interní validitu. Otázka po „*efficacy*“ může znít např.: Poskytuje tato terapie lepší výsledky než jiná, již běžně používaná nebo než tzv. placebo terapie?

Otázka, zdali je psychoterapie účinná v praxi, zjišťuje účinnost ve smyslu *effectiveness* a může znít např.: Je tato terapie prospěšná, pokud je použita ve skutečném terapeutickém prostředí (např. ve zdravotnickém zařízení nebo v soukromé ordinaci)? Výzkumy snažící se odpovědět tyto otázky mají podobu systematických naturalistických studií, které zdůrazňují externí validitu a pokouší se tak získat určité zobecnitelné poznatky pro další klinické podmínky nebo skupiny pacientů (Howard a kol., 1996).

Tzv. přirozené výzkumy, které zjišťují efekt konkrétní formy terapie v běžné praxi, mají tedy v porovnání s RCT vyšší externí validitu. Efekt psychoterapie se z hlediska naturalistické studie sleduje tak, jak je běžně poskytována v široké praxi. Oproti RCT tedy není zajištěná kontrola homogenity ani kvality poskytované terapie, není zde přítomen princip znáhodňování. Není kontrolován ani problém sebeselekce (Timul'ák, 2005), tzn. probandi si mohou zvolit konkrétní formu terapie dle svých preferencí, díky čemuž také mohou dospět k lepším terapeutickým výsledkům.

Podle Timul'áka (2005) může sledování efektu psychoterapie v přirozených podmínkách sloužit k více účelům. Například lze takto zjišťovat účinnost přístupů, které již byly ověřeny v RCT z toho hlediska, zda je jejich efekt v „nekontrolované“ praxi podobný. Dále je možné tímto typem výzkumu získat přehled o skutečné efektivitě poskytované psychoterapie v reálném prostředí a také přehled o diferencované účinnosti jednotlivých typů zařízení a konkrétních terapeutů.

Leichsenring (2004) ve své studii porovnávající RCT (*efficacy studies*) a naturalistické studie (*effectiveness studies*) udává, že naturalistické studie nemusí nutně poskytovat méně průkazné důkazy než RCT. Navíc důkazy získané z RCT nemohou být efektivně převáděny do psychoterapeutické praxe v reálném prostředí. Leischering považuje za nutné definovat jednotlivá kritéria pro úrovně důkazů získaných prostřednictvím naturalistických studií stejně tak, jako se již děje v případě RCT.

Obdobný postoj prezentuje Seligman (1995), jež tvrdí, že „efficacy studie“ jsou špatným způsobem, jak empiricky validizovat psychoterapii takovou, jaká skutečně je, když přitom opomíjí mnoho klíčových prvků skutečné každodenní praxe. Kritizuje „efficacy studie“ z hlediska pěti aspektů:

1. Psychoterapie (stejně jako jiná léčba) v reálném prostředí nemá předem stanovené *trvání*. Obvykle se pokračuje v terapii do té doby, dokud se pacient výrazně nezlepší. V „efficacy studiích“ se terapie zastaví po omezeném počtu sezení (často kolem 12) bez ohledu na to, jak se pacient cítí.
2. Psychoterapie (opět, stejně jako jiná léčba) ve skutečnosti podléhá *sebekorekci*. Pokud určitá technika nebo způsob intervence nefunguje, obvykle se vyzkouší něco jiného. V „efficacy studiích“ jsou možnosti variability terapeutických zásahů výrazně omezeny (nízký počet, pouze jeden přístup, manualizovaný postup atd.).
3. Pacienti v reálném prostředí často přistupují k psychoterapii *aktivně*. Vybírají si terapeuta, zařízení nebo pak společně s terapeutem volí pro ně nejvhodnější druh léčby. V „efficacy studiích“ jsou pacienti pasivními příjemci terapie, která je jim náhodně přidělena.
4. Ve skutečnosti mají pacienti více různě souvisejících problémů a psychoterapie se zaměřuje na jejich zmírnění v celé jejich *komplexitě*. Pacienti do „efficacy studií“ jsou vybíráni na základě přítomnosti jen jedné diagnózy vymezené mnoha kritérii.
5. Psychoterapie se v reálném prostředí téměř vždy zaměřuje na zlepšení celkového fungování pacientů a na zmírnění poruchy, která se může projevovat řadou symptomů. „Efficacy studie“ se obvykle zaměřují pouze na jeden symptom a jeho redukci, jež se považuje za vyléčení poruchy.

Přehled některých realizovaných naturalistických studií

Naturalistickou studii realizovali Bond a Perry (2004). Ti si položili výzkumnou otázku, zdali dospělí pacienti s úzkostnou nebo depresivní poruchou a/nebo s poruchou osobnosti vykazují zlepšení ve svých obranných stylech působením dlouhodobé dynamické psychoterapie. Dále si položili otázku, jestli existuje vztah mezi změnou obranného stylu a symptomatickou změnou. Všem účastníkům během studie, která trvala 3-5 let, administrovali v pravidelných intervalech dotazníky. Na základě analýzy takto získaných dat od 53 pacientů, kteří léčbu dokončili, došli k závěru, že ti, kteří v počátku terapie vykazovali více maladaptivní, patologické hodnoty, dosáhli výraznějšího zlepšení v posuzovaných oblastech. Zároveň zjistili, že dynamické změny v obranném stylu predikují symptomatické zlepšení v oblasti celkového fungování, zmírnění depresí a distresu.

Abbass, Joffres a Ogrodniczuk (2008) zkoumali v naturalistické studii účinnost intenzivní krátkodobé dynamické psychoterapie (ISTDP). Výpovědi pacientů (n=30) v inventářích zaměřených na symptomatologii, interpersonální problémy, užívání medikace a potřebu další léčby hodnotili ve srovnání výsledků měření před léčbou a jeden měsíc po ní. Výsledky prokázaly signifikantní zlepšení na všech škálách v inventáři zjišťující symptomatologii a na jedné škále zjišťující interpersonální potíže. Jedna třetina klientů neměla potřebu další léčby, sedm pacientů přestalo užívat medikaci a dva pacienti se po terapii vrátili do práce. ISTDP se ukázala být klinicky i ekonomicky efektivní.

Naturalistický design zvolili také Stevenson a Meares (1992), kteří se ve svém výzkumu zaměřili na účinnost psychodynamické psychoterapie založené na teorii objektních vztahů a self psychologie u hraničních pacientů (n=30). Pacienti docházeli k vyškolenému a supervidovanému terapeutovi dvakrát do týdne po dobu jednoho roku. Posouzení stavu pacientů bylo hodnoceno z hlediska kritérií zjišťujících frekvenci užívání drog, počtu agresivních aktů a sebepoškozování, počtu a délky hospitalizací, z hlediska výše skóre v sebesouzujícím inventáři symptomatologie, počtu přítomných projevů dle DSM-III atd. U pacientů bylo zjišťováno, jak vypadal jejich poslední rok před vstupem do terapie. Tyto výsledky byly porovnávány s hodnocením proběhlého roku po ukončení terapie. Byla zjištěna signifikantní zlepšení.

4.3 Hodnocení účinnosti psychoterapie

Důležitým prvkem výzkumu účinnosti v psychoterapii je operacionalizace toho, co máme pod „účinností“ na mysli. Jakým způsobem se dá tento jev měřit a hodnotit. Než k možnostem hodnocení přistoupíme, shrňme si, jaký význam vlastně hodnocení účinnosti psychoterapie má.

Cone (2001, cit. dle Bieščad, 2007) formuluje šest důvodů, kvůli kterým má smysl účinnost terapie zkoumat:

1. *Uspokojení naší intelektuální zvědavosti.* Hodnocení výsledků terapie nám odpovídá na otázky, které nás v souvislosti s účinností psychoterapie zajímají.
2. *Poskytování informací s ohledem na ekonomické a finanční stránky.* Ideálem pro poskytování psychologických služeb je poskytnutí co nejvyšší kvality při současně nejnižších ekonomických nákladech.
3. *Zvyšování efektivity praxe.* Hodnocení výsledků terapie může poskytovat prostředky, které vedou ke zvýšení efektivity poskytovaných služeb.
4. *Udržování vysokých etických standardů.* Poskytované služby založené na vědecky podložených postupech jsou etickým imperativem psychologické praxe.
5. *Vyhnutí se chybám v úsudku.* Psychoterapie by měla být založena na objektivně získaných výsledcích, ne na různých tradovaných mýtech a přesvědčeních.
6. *Získávání informací, které nejsou dostupné v publikované literatuře.* Publikované výsledky výzkumů zkoumající účinek psychologických služeb se nemusí přesně týkat případů, se kterými se setkává psycholog v praxi. Proto je důležité, aby měl k dispozici nástroje, jimiž může hodnotit výsledky svých služeb.

1. Míra efektu

Míra efektu, zjišťovaná v kontextu měření účinku psychoterapie, je číselné vyjádření velikosti rozdílů naměřených hodnot mezi dvěma porovnávanými skupinami pacientů v terapii na nástroji měření. Dvěma porovnávanými skupinami mohou být výsledky stejné skupiny pacientů na nějakém nástroji měření měřící psychopatologii před terapií a po terapii ($ES_{pre-post}$) nebo porovnávání hodnot dvou různých skupin po terapii – např. skupina v terapii a kontrolní skupina bez terapie (na čekací listině nebo s placebo terapií) nebo se porovnávají hodnoty pacientů ve dvou různých formách psychoterapie (Timul'ák, 2005). Míra efektu (effect-size – ES), jakožto velikost naměřené změny, se ve výzkumu psychoterapie často používá k porovnávání a kumulování výsledků více studií. Klasickou mírou efektu je *Cohenovo d*, jež poprvé představili Smithová, Glass a Miller (1980) v první významné metaanalýze (Bieščad, 2007).

Timul'ák (2005) vysvětluje, že míra efektu je číselné vyjádření rozdílu mezi distribucemi proměnné v experimentální a kontrolní skupině a nesdělujeme pouze to, že mezi skupinami nějaký rozdíl je. Matematický vzorec pro výpočet je následující:

$$ES = \frac{x_e - x_k}{s},$$

kde ES je míra efektu, X_e je průměr experimentální skupiny, X_k je průměr kontrolní skupiny a s je směrodatná odchylka, která se vypočítá jako průměr směrodatných odchylek obou distribucí skóre obou skupin.

V psychologickém nebo medicínském výzkumu je považována míra efektu o velikosti od 0,8 výše za vysoký efekt, do 0,5 za střední a do 0,2 za malý efekt (Cohen, 1988).

2. Statistická a klinicky signifikantní změna

Jacobson a Truax (1991) nabízejí koncept terapeutické změny, kde rozlišují změnu statisticky a klinicky signifikantní. Upozorňují, že tradiční výzkumy hodnotící efekt terapie na základě statistického porovnání skupinových průměrů jsou problematické přinejmenším ze dvou důvodů. Prvním je, že testy neposkytují informace o variabilitě účinků léčby uvnitř skupiny (jak odpovídají na léčbu jednotliví pacienti), což jsou informace pro kliniky obzvláště důležité. Za druhé, pokud se léčebný účinek potvrdí ve statistickém smyslu, neznamená to ještě, že se potvrdí i klinická významnost změny. Statisticky signifikantní změna vypovídá o tom, že je změna dostatečně velká na to, aby byla považovaná za náhodnou změnu, která by mohla být způsobená chybou měřicího nástroje. Nevypovídá však nic o tom, zdali došlo ke skutečné změně. Bieščad (2007) uvádí, že při dobře nastavených parametrech výzkumu, hlavně při dosažení dostatečné statistické síly (což zabezpečí zahrnutí velkého počtu zkoumaných osob), je i velmi malá změna identifikovaná statistickým testem statisticky signifikantní, přičemž může být prakticky v běžném fungování pacienta bezvýznamná či nepostřehnutelná.

Index vyjadřující dostatečnou spolehlivost změny nazývají Jacobson a Truax (1991) jako *index spolehlivé změny* (RCI – reliable change index) a vyjadřují jej vzorcem:

$$RCI = \frac{X_2 - X_1}{S_{diff}},$$

kde X_1 reprezentuje skóre pacienta před terapií, X_2 je skóre stejného pacienta po terapii a S_{diff} reprezentuje standardní chybu rozdílu mezi oběma skóre. Výpočet S_{diff} je následující:

$$S_{diff} = \sqrt{2(SE)^2},$$

kde SE je standardní chyba nástroje měření, jež můžeme vypočítat z koeficientu test-retest reliability nástroje měření a směrodatné odchylky normativních dat. Pokud je RCI větší než 1,96, je pravděpodobné ($p < 0,05$), že skóre po terapii vykazuje skutečnou změnu.

Bieščad (2007) uvádí ekvivalentní úpravu původních rovnic pro ulehčení výpočtu RCI dle Wiegera a Solberga (2001) :

$$RCI = 1,96 \sqrt{2SD^2 (1 - rel)}$$

Dle Jacobsona a Truaxe (1991) je statistická spolehlivost podmínkou pro klinicky signifikantní změnu. Ta dále souvisí s normálním fungováním pacienta. Hranici funkční a dysfunkční populace označujeme jako *cut-off skóre*. Autoři nabízejí tři způsoby, jak proces měření z hlediska normálního fungování pacienta operacionalizovat:

- a) úroveň fungování po terapii spadá mimo dysfunkční populaci, přičemž rozsah je definován dvěma standardními odchylkami ve směru zdravého fungování od průměru dysfunkční populace (cut-off skóre $a = M_1 + 2s_1$)
- b) úroveň fungování po terapii je v rámci dvou standardních odchylek zdravé populace (cut-off skóre $b = M_0 - 2s_1$)
- c) úroveň fungování po terapii je blíže k průměru zdravé než dysfunkční populace (cut-off skóre „c“). Vzorec pro výpočet „c“ vypadá následovně:

$$c = \frac{s_0 M_1 + s_1 M_0}{s_0 + s_1}$$

kde s_0 a M_0 je standardní odchylka a průměr funkční populace a s_1 a M_1 standardní odchylka a průměr dysfunkční populace. Bieščad (2007) udává, že cut-off skóre „c“ představuje střední hodnotu mezi nejprísnejším „a“ a nejméně prísnyím „b“ a doporučuje se použít při překrývajícím se rozložení a při dostupnosti normativních dat jak z funkční tak dysfunkční populace.

Při aplikaci kritérií klinicky a statisticky signifikantní změny dostaneme 4 kategorie terapeutické změny (Bieščad, 2007, cit. dle Jacobson, Truax, 1991):

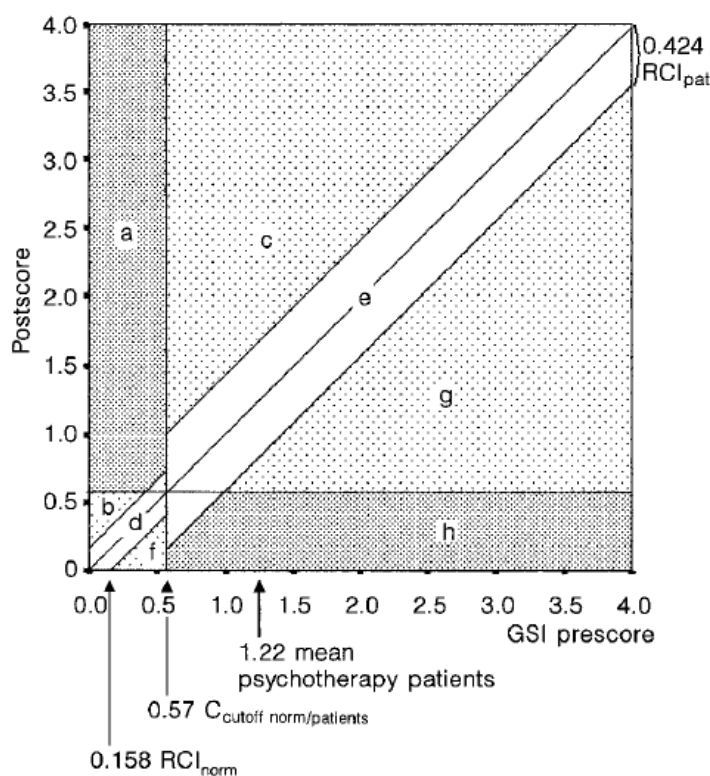
Tab.1 Kategorie terapeutické změny dle koncepce Jacobsona a Truaxe (1991).

Kategorie terapeutické změny	
1. Beze změny	rozdíl skóre před a po terapii nepřekročilo hodnotu RCI;
2. Zlepšení	rozdíl skóre před a po terapii překročí hodnotu RCI ve směru k funkční populaci;
3. Výrazně zlepšení	rozdíl skóre bude vyšší jako RCI, zároveň pacient překročí cut-off skóre a dostane se po terapii do pásma funkční populace;
4. Zhoršení	rozdíl skóre před a po terapii překročí hranici RCI ve směru k dysfunkční populaci

Kategorie klinicky signifikantní změny nám tedy přináší odpověď na otázku, jaký posun nastal v patologii konkrétního pacienta z hlediska přiblížení se buď k funkční nebo dysfunkční populaci. Dostáváme se tak dále za informaci, že nastala statisticky signifikantní změna nezpůsobená chybou měření.

Příklad praktické aplikace kritérií statisticky a klinicky signifikantní změny v rámci realizované studie

Obrázek je vypůjčen z německé studie Schauenburga a Stracka (1999), kteří se zabývali měřením terapeutické změny prostřednictvím dotazníku SCL-90-R a jeho indexu celkové závažnosti GSI (hodnoty tohoto nástroje měření jsme použili v našem výzkumu také; bude o něm podrobněji pojednáno v empirické části práce).



Obr.1 Grafické rozložení oblastí statisticky a klinicky signifikantní změny (Schauenburg, Strack, 1999)

Na obrázku vidíme, že cut-off hranice mezi normální a klinickou populací byla stanovena na 0,57, hodnota RCI pro normální populaci je 0,158, respektive 0,424 pro populaci klinickou. Jednotlivé oblasti ukazují:

Tab.2 Interpretace obr.1 z hlediska statisticky a klinicky signifikantní změny (Schauenburg, Strack, 1999).

Oblast	Interpretace	Před terapií	Změna	Po terapii
a	statisticky a klinicky signifikantní zhoršení	GSI t1<C	t2>t1 + RCI	GSI t2>C
b	statisticky signifikantní zhoršení	GSI t1<C	t2>t1 + RCI	GSI t2<C
c	statisticky signifikantní zhoršení	GSI t1>C	t2>t1 + RCI	GSI t2>C
d	beze změny	GSI t1<C	t2<t1 + RCI	
e	beze změny	GSI t1>C	t2<t1 + RCI	
f	statisticky signifikantní zlepšení	GSI t1<C	t2>t1 + RCI	GSI t2>C
g	statisticky signifikantní zlepšení	GSI t1>C	t2>t1 + RCI	GSI t2>C
h	statisticky a klinicky signifikantní zlepšení	GSI t1>C	t2>t1 + RCI	GSI t2<C

Pozn.: GSI=index celkové symptomatologické závažnosti, t1=skóre před terapií, t2=skóre po terapii, C=cut-off skóre, RCI=index spolehlivé změny.

4.4 Limitace výzkumů v psychoterapii

Výzkum psychoterapeutů v USA ukázal, že pouze 4% terapeutů hodnotila výzkumnou literaturu jako nejužitečnější zdroj poznatků pro praxi. 48% terapeutů považovalo za nejhodnotnější zdroj poznatků dlouhodobé zkušenosti s klienty, 10% teoretickou literaturu a 8% jejich vlastní zkušenost s klienty (Morrow-Bradley, Elliott, 1986, cit. dle Cooper, 2008). Bez pochyb existuje mnoho důvodů, proč by měli být psychoterapeuti k výzkumným zjištěním ostražití. Cooper (2008) uvádí některé z nich:

1. Výzkumy poskytují spíše obecná tvrzení. Mohou nám pouze říci, že něco nastane s vyšší pravděpodobností, ale nemohou nám dát jisté odpovědi.
2. Výzkumná zjištění jsou nevyhnutelně ovlivněna vlastními předpoklady výzkumníků a politickými tlaky (např. tlak farmaceutických firem). Z toho vyplývá, že musíme být k výzkumným studiím kritičtí a zabývat se i pozadím a kontextem, ve kterém daný výzkum vznikl.
3. Výzkum nám neposkytuje absolutní všeobecně platné pravdy, ale pouze nám nabízí částečný pohled na zkoumaný fenomén (např. nemůžeme aplikovat výzkumná zjištění získaná na jedné specifické skupině na jinou skupinu s jinými specikami).

Zatloukal (2010) ve svém článku zabývajícím se významem teoretického rámce při výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy představuje postulované teze významných autorů o vědeckých teoriích, které vycházejí z postmoderního pojetí filozofie vědy. Jedna z těchto tezí zní, že „stávající teorie bývají odolné vůči novým faktům, které jsou s nimi v rozporu“. Autor poukazuje na fakt, že navzdory novým faktům, které jsou v rozporu s teorií, nedochází často ke korekci teorie, ale k podivně pokrouceným pokusům stávající teorii uhájit. Prvním

mechanismem může být selektivní výběr faktů, tj. věnování zvýšené pozornosti a zdůraznění těch faktů, které jsou v souladu s teorií a naopak opomíjení faktů protikladných. Zatloukal podává příklad z oblasti výzkumu psychoterapie. Luborsky a kol. (in Reed, 2006, cit. dle Zatloukal, 2010) provedl metaanalýzu 29 studií srovnávajících různé přístupy k léčbě deprese, u nichž byla uvedena i teoretická východiska výzkumníků. Zjistil, že výzkumníková teoretická orientace ovlivňuje ze 75% zprávy výzkumníků o rozdílech mezi jednotlivými přístupy (KBT výzkumníci poukazují na výrazně lepší výsledky KBT, psychodynamičtí výzkumníci jsou více uchvázeni výsledky psychodynamických terapií, biomedicínsky zaměřeni výzkumníci zdůrazňují výsledky farmakoterapie apod.).

Westen a jeho kolegové (2004, cit. dle Cooper, 2008) jsou přesvědčeni, že ve více jak devíti z deseti případů je možné výsledky předpovídat, jestliže známe výzkumníkovu spřízněnost s určitým směrem. Tento fenomén se nazývá „*efekt allegiance*“ a Cooper (2008) jej definuje jako tendenci výzkumníků „nacházet“ výsledky, které podporují jejich vlastní přesvědčení, očekávání a preference.

Některá úskalí výzkumu psychodynamické psychoterapie

Gabbard (2005) uvádí několik důvodů, proč je obtížné provádět výzkum v dlouhodobé psychodynamické terapii. Náklady na projekt trvající 1-5 let, který by měřil výsledky terapie, by byly příliš velké. Bylo by také obtížné sestavit přiměřenou kontrolní skupinu. Dalším problematickým prvkem je nemožnost náhodného výběru pacientů do jednotlivých výzkumných skupin, protože pro volbu dlouhodobé dynamické terapie se musí pacient rozhodnout sám díky své motivaci, která je nutná pro to, aby se byl ochoten angažovat v často bolestném sebezkoumání. Při mnoholeté terapii je také riziko, že mnoho pacientů ať už z výzkumné nebo kontrolní skupiny terapii ukončí předčasně.

Některá úskalí výzkumu skupinové terapie

Yalom a Leszcz (2005) upozorňují, že ve výzkumu účinnosti skupinové psychoterapie narážíme na mnohá metodologická úskalí. Skutečná měřítko výsledků terapie jsou nejasná a pro určení významnosti je třeba velkého množství klientů, kteří skupinovou terapií prošli. Přestože se ve standardizovaných terapiích vyžaduje, aby se v nich poskytovala adekvátní terapeutická metoda, každý člověk i skupina představují výjimečný systém, který nelze zjednodušit tak, aby ho šlo přesně změřit. Není neobvyklé, že klienti terapii předčasně ukončují, mnoho jich prochází současně individuální terapií, terapeuti skupin se vzájemně v mnohém liší – jak ve schopnostech, tak i v technice.

Na další úskalí poukazuje i Timul'ák (2005). Z metodologického hlediska je zkoumání účinnosti skupinové terapie problematické kvůli vzájemné závislosti výsledků klientů v téže skupině. Vzhledem k této závislosti jsou nutné vyšší nároky na počet skupin zahrnutých do výzkumu. Skupina, která se jako celek vyvíjí dobře, bude dosahovat v průměru pravděpodobně jiného výsledku než skupina, kde vznikají neřešitelné konflikty, a proces skupinové terapie stagnuje.

4.5 Význam výzkumu efektu psychoterapie pro praxi

Na závěr části věnované výzkumu bych ráda shrnula, jaký význam vlastně zkoumání efektu psychoterapie může mít. Timul'ák (2005) vidí obecně jako cíl výzkumu psychoterapie zlepšení psychoterapeutické praxe, respektive zvýšení schopnosti klientům lépe pomoci. Terapeut, který zná výsledky účinnosti svého terapeutického postupu, může lépe odhadnout, kolika klientům, v jaké oblasti a do jaké míry může pomoci. Tato znalost tak může přispět k jeho stabilitě.

Samotná znalost účinnosti psychoterapie může být využita i jako terapeutická intervence, díky které má pacient možnost reálně formovat svá očekávání vůči terapii. Nepochybně velký význam má i prokázání účinnosti vlastní práce terapeuta. Poznání výsledků může přesvědčit klienty, zdravotní pojišťovny či státní orgány o smysluplnosti existence terapeutické péče (Timul'ák, 2005).

Hodnocení výsledků terapie se tedy přestává považovat jen za doménu výzkumníků zkoumajících efekt psychoterapie v rozsáhlých a náročných projektech, ale začíná se považovat za nástroj podléhající se na zvyšování psychologických i psychiatrických služeb (Bieščad, 2007).

Je tedy psychoterapie účinná? Lambert (2001, cit. dle Vybíral, Roubal, 2010), významný výzkumník na poli psychoterapie, shrnul do šesti bodů na tuto otázku odpověď. Posledních sto let psychoterapeutického výzkumu přineslo tato poznání:

- 1. Psychoterapie je účinná.* Lambert na základě poznatků přehledů a metaanalýz uvádí, že zhruba 75% lidí, kteří terapii podstoupili, si odnesli alespoň částečný užitek. Lambert zdůrazňuje, že v praxi by měla být u většiny psychoterapeutických problémů preferována jako primární léčba psychoterapie namísto farmakoterapie. Medikace je však nezbytná u vážnějších a biologických poruch.
- 2. Efekt psychoterapie je více než pouhé placebo nebo neformální podpora.* Efekt terapie je v průměru dvakrát větší než efekt placeba a čtyřikrát vyšší než absence léčby.
- 3. Výsledky psychoterapie jsou relevantní.* Výzkumná zjištění v psychoterapii jsou opřena o rigorózní metodologii výzkumu.

4. *Výsledky psychoterapie přetrvávají.* Efekt terapie lze vidět i v katamněze (od měsíců po několik let) navzdory tomu, že časem přibývají relapsy.

5. *Psychoterapie je relativně (v závislosti na délce trvání) efektivní.* Účinnost terapie je závislá na délce jejího trvání. Výzkumy vztahu mezi trváním terapie a jejím výsledkem (tzv. dose effect) ukazují, že po 10 setkáních se vyléčí asi třetina pacientů, po 20 setkáních asi polovina a po 55 setkáních asi 75%, přičemž čtvrtina pacientů nebude mít z terapie užitek.

6. *Psychoterapie vede nejen ke zlepšení, ale i ke zhoršení.* Výzkum Lamberta a Oglese (2004, cit. dle Vybíral, Roubal, 2010) ukázal, že 5-10% pacientů se v terapii zhorší a dalších 15-25% nezažije žádné zlepšení.

5 Denní stacionární léčba

Pěč a kol. (2003) ve své přehledové studii uvádí, že se denní stacionáře ve světě vyvíjely od 60. let 20. století. Stalo se tak v návaznosti na deinstitucionalizaci a komunitní péči v psychiatrii. Vliv měl také rozvoj terapeutických komunit a velkých skupin v psychoterapii. Hlavní funkcí denních stacionářů je alternativa či rozšíření ambulantní léčby, alternativa či pokračování hospitalizace nebo dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro chronicky duševně nemocné. Základem denního stacionáře s psychoterapeutickou péčí je psychoterapeutický program vedený vysokoškolsky vzdělanými zdravotnickými pracovníky s psychoterapeutickou kvalifikací. Výsledky vyhodnocovacích studií efektivity dlouhodobě prokazují, že léčebné výsledky jsou srovnatelné s lůžkovou péčí. Denní stacionáře mají nižší přímé náklady, avšak jsou vhodné jen pro 23-37% psychiatrické klientely. U nás první denní stacionáře vznikly v 60. letech, většího rozvoje zaznamenaly v 90. letech. Dnes je u nás zmapováno 35 těchto zařízení.

Léčebný postup v denním stacionáři s psychoterapeutickou péčí sestává zejména ze systematické psychoterapie, přičemž se obvykle kombinuje s další odbornou zdravotnickou a rehabilitační péčí. Tato forma terapeutické péče umožňuje zamezit nebo zkrátit hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení, umožňuje pacientům přirozený kontakt s jejich domácím prostředím, zabraňuje nebo zamezuje chronifikaci nemoci, zintenzivňuje odbornou zdravotnickou péči v lůžkovém zařízení, se kterým denní stacionář spolupracuje a napomáhá reintegraci nemocných do běžného života (Pěč a kol., 2003).

5.1 Denní stacionář Horní Palata

Stacionář byl založen v roce 1968 profesorem Ferdinandem Knoblochem původně jako zařízení Fakultní nemocnice v Praze, které mělo návaznost na již fungující komunitní sanatorium pro pacienty trpící neurózou v Lobči (1954). Na Horní Palatě se tehdy léčili kromě pacientů s neurózami také pacienti trpící poruchami osobnosti nebo endogenními depresemi. Časem se pak do léčby přijímali také lidé se závislostmi, ať už na alkoholu nebo drogách.

Kalina (2008) uvádí, že se Horní Palata pod vedením psychoanalyticky orientovaného MUDr. Mrázka stala školou a dílnou psychodynamické psychoterapie pro další generace. Obě zařízení fungovala a pomáhala pacientům i po emigraci MUDr. Knoblocha do zahraničí. V průběhu let v něm pracovala řada dnes významných osobností české psychoterapie – kromě MUDr. Zdeňka Mrázka také doc. PhDr. Oldřich Matoušek, Doc. MUDr. Václav Mikota, PhDr. Hana Junová a další. Od roku 1992 je pacientům k dispozici už jen léčba v Denním stacionáři Horní Palata, zámek v Lobči musel být v restituci bez náhrady vrácen původním majitelům.

V současnosti se DS HP definuje jako psychoterapeutické, psychiatrické a klinicko-psychologické pracoviště, které nabízí komplexní psychoterapeutickou péči v rámci denního stacionáře a diagnosticko-léčebnou péči v rámci psychiatrických a psychologických ambulancí. Indikací pro přijetí do stacionáře jsou především úzkostné a depresivní stavy, reakce na stres, neurotické a psychosomatické potíže a poruchy osobnosti. V rámci zařízení je pacientům nabízena skupinová, individuální, partnerská i rodinná terapie, psychiatrické a psychologické vyšetření, krizová intervence a fyzioterapie.

Psychoterapeutický program denního stacionáře probíhá během celého roku v pracovních dnech vždy od 8.30 do 15.00 po dobu 7 týdnů. Paralelně běží vždy dvě 8-10 členné uzavřené skupiny. Stacionář je plně hrazený zdravotními pojišťovnami. Program zahrnuje: každodenní setkání celé komunity, každodenní skupinovou psychoterapii, relaxační cvičení, arteterapii, neverbální techniky, dramaterapii, fyzioterapii a ergoterapii.

5.1.1 Přehled nejčastějších diagnóz klientů DS Horní Palata

Ráda bych na tomto místě stručně přiblížila jednotlivé diagnózy v rámci diagnostických okruhů, které měly své zastoupení u klientů stacionáře v letech 2008-2011 a na základě jejichž dat byl zpracován výzkum představený v empirické části práce.

F3 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Dle MKN-10 (1992) je základem těchto poruch změna nálady nebo afektivity obvykle k depresi nebo elaci, jež bývá doprovázena změnou celkové aktivity. Deprese může být spojená i s úzkostmi. Většina poruch z tohoto okruhu má tendenci k relapsům a k jejich spuštění přispívají stresové události nebo situace.

Mezi pacienty Horní Palaty se v tomto okruhu objevovaly nejčastěji depresivní fáze (F32), přesněji *mírná a středně těžká depresivní fáze*. Tyto potíže s sebou nesou symptomy různé intenzity. Jedná se např. o zhoršené soustředění a pozornost, snížené sebevědomí, pocity viny, pesimismus ve výhledech do budoucnosti, myšlenky na suicidium, poruchy spánku, ztráta libida nebo chuti k jídlu. Deprese bývá horší ráno než večer. Aby mohla být stanovena tato diagnóza, musí depresivní fáze trvat alespoň dva týdny.

F4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Nejfrekventovanější poruchou v tomto diagnostickém okruhu byla u pacientů Horní Palaty diagnóza *F43.2 Poruchy přizpůsobení*. Jedná se o stavy subjektivní tísně a emoční poruchy, které obvykle narušují sociální fungování a výkon. Jejich vznik se spojuje s obdobími přizpůsobování se na významnou životní změnu nebo vznikají následkem stresové životní události (smrt blízkých, vážné onemocnění, migrace apod.). Projevy spojené s poruchou mívají podobu depresivních nálad, úzkostí, obav, pocitů neschopnosti celou situaci zvládnout a zhoršení výkonu v každodenních činnostech. Porucha trvá obvykle do jednoho měsíce, zřídka překročí půl roku (MKN-10).

Další častou poruchou byla *F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha*. Ta je často diagnostikována v ambulancích praktických lékařů u pacientů, kteří trpí jak úzkostmi, tak depresi, ale nenaplnují dostatečně kritéria pro stanovení ohraničenější diagnostické kategorie (Gruenberg, Goldstein, 2003, cit. dle Praško, 2005). Praško (2005) uvádí, že smíšená úzkostně depresivní porucha bývá z důvodů právě menší ohraničenosti zdravotníky (včetně psychiatrů) často podceňována. Přitom porucha mívá často chronický průběh, vede k průměrně delší pracovní neschopnosti nebo až k invaliditě a vyskytuje se zde i vysoké procento suicidálních pokusů. DSM-IV popisuje tuto poruchu jako dysforickou náladu, která je

doprovázena po dobu nejméně jednoho měsíce některými s příznaků, jako jsou např. obtíže s koncentrací, poruchy spánku, únava, podrážděnost, obavy, snadné pohnutí k slzám, ostražitost, beznaděj nebo nízké sebevědomí.

F41.0 Panická porucha neboli epizodická paroxysmální úzkost je charakteristická periodickými ataky masivní úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na žádnou konkrétní situaci a nelze je předvídat. Ataka je doprovázena nepříjemnými tělesnými příznaky, jako je bušení srdce, bolesti na hrudi, závratě a dušnost. V myšlenkách se objevuje strach z omdlení, ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešléní. Panická porucha je častá, stresující a život omezující psychická porucha (Praško, 2005).

Základním projevem diagnózy *F40.1 Sociální fobie* je silný a trvalý strach z jedné nebo více sociálních situací. Pacienti se těmito situacím často výrazně a systematicky vyhýbají, což sice vede ke snížení úzkosti, ale za cenu ochuzení celkové kvality života. Pacienta může fobie omezovat ve schopnosti vzdělávat se, být úspěšným ve své kariéře nebo navázat hodnotný partnerský vztah. Jedná se o velmi rozšířenou a potenciálně invalidizující psychickou poruchu (Praško, 2005). Porucha bývá spojována s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky. Pacienti si stěžují na červenání v sociálních situacích, na obtíže při pohledu z očí do očí, na třes rukou, nauzeu a další. Porucha začíná obvykle v adolescenci (MKN-10).

Méně časté mezi pacienty byly *somatoformní poruchy* (F45), jejichž hlavním rysem je opakované uvádění tělesných symptomů s neustálým dožadováním se lékařských vyšetření, přičemž nálezy nemají žádný tělesný podklad. Pacienti odmítají o možnosti psychologických příčin svých potíží diskutovat, i když začátek i konec trvání symptomů mívá úzkou souvislost s nepříjemnými událostmi v jejich životě (MKN-10).

F6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Klasifikace poruch osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Zvláště psychodynamicky orientovaní psychiatři neradi používají třídění osobností do skupin podle „kategoriální klasifikace“ (forma, kterou užívá MKN-10), v rámci níž jsou jednotlivé definované poruchy reprezentovány kvalitativně odlišnými klinickými syndromy. Alternativou k tomuto typu klasifikace je klasifikace „dimenzionální“. Ta vychází z předpokladu, že poruchy osobnosti reprezentují maladaptivní varianty běžných osobnostních rysů, které se vzájemně prolínají a neznatelně přecházejí do normy (Smolík, 1996).

V Denním stacionáři HP bylo velké zastoupení pacientů se specifickými poruchami osobnosti a smíšenými a jinými poruchami osobnosti. *Specifická porucha osobnosti* (F60) je dle MKN-10 těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích chování jedince projevující se v oblastech kognice, afektivity, impulzivity a sociálního přizpůsobení. Abnormální vzorce chování jsou trvalé a maladaptivní. První příznaky poruchy se objevují již v dětství. Porucha vede ve svých důsledcích ke značné osobní nepohodě, významnému zhoršení výkonu v zaměstnání i ve společenské oblasti.

Ze subtypů specifických poruch bylo mezi pacienty nejvíce pacientů s hraniční poruchou osobnosti a histrionskou poruchou osobnosti. *F60.31 Hraniční porucha osobnosti* se zjednodušeně řečeno projevuje emoční nestálostí, nejasnými a narušenými představami o sobě samém, chronickými pocity prázdnoty, problematickými interpersonálními vztahy a parasuicidálními a automutilačními akty (MKN-10). *F60.4 Histrionská porucha osobnosti* je charakterizovaná sebedramatizací, sugestibilitou, povrchní emocionalitou, nadměrnou soustředěností na fyzickou atraktivitu, nepatřičně svůdným chováním a trvalou snahou být středem pozornosti.

Největší zastoupení v diagnostickém okruhu F6 patřilo smíšeným a jiným poruchám osobnosti. Tyto kategorie jsou určeny pro poruchy osobnosti, které nevykazují soubor symptomů typický pro jeden konkrétní subtyp, přesto naplňují diagnostické podmínky platné pro poruchy osobnosti obecně, jak jsem uvedla již výše. V praxi je tato diagnóza velmi častá.

VÝZKUMNÁ ČÁST

V teoretické části jsme představili základní přístupy výzkumu v psychoterapii, upozornili na jejich možná úskalí a nabídli přehled některých významných realizovaných výzkumů v této oblasti. V následující části práce navazujeme na posuzování účinnosti psychoterapie podle kritérií, které jsme uvedli v kapitole 4.3 Hodnocení účinnosti psychoterapie.

1 Výzkumné cíle a hypotézy

Cílem předkládaného výzkumu je zkoumání účinnosti psychodynamicky orientované skupinové psychoterapie probíhající v podmínkách denního stacionáře, přičemž se jedná o naturalistickou studii (viz str. 35). K dispozici máme data pacientů, kteří podstoupili léčbu. Nemáme data od kontrolní skupiny, s níž se pracuje např. ve znáhodňovaných kontrolovaných studiích. Data, jež máme k dispozici, nám mohou pomoci díky své vyšší externí validitě usuzovat na výsledky léčby v reálném prostředí. Thompson-Brenner a Westen (2005) uvádějí, že předpokladem ležícím v pozadí naturalistických výzkumů je, že klinická praxe může být užitečná jako přirozená laboratoř pro identifikování spojitostí mezi pacientem, proměnnými terapie a jejich interakcemi a výsledky. Tyto identifikované vzorce spojitostí mohou být užitečné pro vytvoření léčby, která by měla být podrobena dalšímu testování a ověřování prostřednictvím RCT či dalších naturalistických studií.

Stanovení hypotéz

H1: U pacientů dochází po podstoupení psychoterapeutické léčby ke zlepšení v celkové symptomatologické zátěži, k poklesu symptomů v somatické oblasti, k redukci neurotických potíží a potíží v sociálním fungování a zvyšuje se sebedůvěra.

H2: Diagnostická kategorie má vliv na dosažené změny po psychoterapeutické léčbě v celkové symptomatologické závažnosti, v somatické, neurotické a v sociální oblasti fungování a v oblasti sebedůvěry.

H3: Skupiny pacientů s různými výsledky léčby z hlediska celkové symptomatologické závažnosti se neliší v sociodemografických charakteristikách (pohlaví, věk, rodinný stav a vzdělání).

H4: Pacienti vstupující do terapie s nižší úrovní patologie zůstávají po terapii z hlediska celkové symptomatologické závažnosti častěji beze změny oproti pacientům, kteří vstupují do terapie s více patologickými hodnotami.

Zdůvodnění hypotéz

H1: U pacientů dochází po podstoupení psychoterapeutické léčby ke zlepšení v celkové symptomatologické zátěži, k poklesu symptomů v somatické oblasti, k redukci neurotických potíží a potíží v sociálním fungování a zvyšuje se sebedůvěra.

Mnoho výzkumů zaměřených na ověřování účinnosti psychoterapie přineslo poznatky o tom, že vlivem psychoterapie dochází u pacientů k terapeutickým změnám různých kvalit. Předpokládáme, že i pacienti v našem výzkumném vzorku prodělali podobné změny a ty bychom se rádi pokusili prostřednictvím výsledků nástrojů měření zachytit. V hypotéze jsme si vymezili pět oblastí, v nichž budeme změny sledovat:

1. Celková symptomatologie

Náš výzkumný soubor podstoupil pouze časově omezenou, 7 týdenní skupinovou psychoterapii. Počet sezení, respektive délka terapie je jedna z proměnných, která se ukázala jako významná ve vztahu k jejím výsledkům (Howard a kol., 1986; Lambert a kol., 2001, aj.). Kopta a kol. (1994) se zabývali výzkumem „dávky“ (převážně psychodynamické) terapie a jejího efektu na různé druhy potíží. Zjistili, že největší procento pacientů se i v krátké době vyléčilo právě z akutních symptomů.

2. Somatické potíže

Účinností krátkodobé psychodynamické psychoterapie (STTP) na somatické potíže se zabývalo několik studií. Např. Bassler a kol. (1994) zjistili, že 60% pacientů s chronickou bolestí, kteří prošli dvanácti týdenním léčebným programem zahrnujícím jak individuální tak skupinovou STTP, udávalo značnou úlevu. Abbas a kol. (2009) zahrnuli do své metaanalýzy 23 studií (RCT i naturalistické studie s pre-post výzkumným designem), které se zabývali psychoterapií u širokého spektra somatických poruch. U většiny z těchto studií byl potvrzen signifikantní efekt i na fyzické symptomy.

3. Neurotické potíže

Název této kategorie je jistě sporný, neboť i ostatní sledované oblasti by se daly zařadit do projevů „neurotického fungování“. Nicméně pro účel zvýšení přehlednosti výzkumné části práce k tomuto umělému dělení přistupujeme a pod neurotickými potížemi máme na mysli především úzkostné, depresivní a psychastenické projevy.

Psychodynamická psychoterapie je zaměřena nikoliv na přímé snížení úzkostnosti, ale na budování osobnosti, která má dobrou schopnost úzkost snášet. Skupinová psychoterapie

pomáhá porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým, a uvědomit si formy chování, které k úzkosti vedou (Praško, Prašková, 2007).

4. Sociální fungování

Dynamický přístup využívá při skupinové práci skutečnosti, že sebedrývající formy chování a prožívání neurotických pacientů se alespoň zčásti promítnou do jejich vztahů ve skupině. Tím se umožní na ně upozornit a podporovat náhled na ně. Ostatní pacienti pak mohou prostřednictvím zpětné vazby umožnit porozumět, z čeho se současně nevýhodné vzorce chování u pacienta vyvinuly (Kratochvíl, 2005). Stejně tak podle Praška a Praškové (2007) je skupina prostředí umožňující dosáhnout změny jedince skrze prožívání své individuality v ní i díky reflexím a změnám ostatních členů. Zdroje psychického i sociálního zranění jsou umocňovány kontaktem a komunikací s druhými lidmi. Gabbard (2005) vidí v psychodynamické terapii možnost, díky které se mohou pacienti zlepšit vztahy v důsledku porozumění vlastním vnitřním objektním vztahům. Goulding (2005, in Zeig) zdůrazňuje, že účastníci ve skupinové terapii zažívají díky ostatním členům skupiny opravdovou zkušenost, kterou mohou upotřebit ve vztazích s rodinou, s přáteli i se členy své sociální skupiny. Mezi Yalomem a Leszczem (2005) definovanými hlavními cíli skupinové psychoterapie jsou mj. zlepšení mezilidských vztahů a komunikace, experimentování s novým chováním ve vztahu k lidem a získání vhledu do svých vlastních myšlenek, pocitů a chování a jejich pochopení prostřednictvím zkoumání vztahových vzorců ve skupině i mimo skupinu. Maluccio (1979, cit. dle Cooper, 2007) dokládá, že psychoterapie hraje u pacientů klíčovou roli ve vytváření nových přátelství, obnovení těch starých nebo v rozvoji uspokojujících vztahů s rodinnými příslušníky.

5. Sebedůvěra

Během psychoterapie dochází dle Graweho (1997) k aktivaci zdrojů tím, že by měl terapeut pomáhat rozvíjet pacientům silné stránky. Terapeut by měl také pomoci zvýšit pacientovi jeho vědomí vlastní účinnosti. Tato změna způsobí zážitek zvládnutí náročné situace lepším způsobem a do podobných situací tak vstupovat s větší jistotou a s pocitem kompetentnosti. Pacientovi se tedy podaří své pozitivní aspekty prožít a uvědomit si je. Dle Praška (2009) i Yaloma a Leszcze (2005) skupinová zkušenost přináší svým členům podporu sebedůvěry, napomáhá zlepšit kvalitu sebehodnocení a zvyšuje jejich sebeúctu.

Na základě výše uvedeného se tedy domníváme, že v našem souboru pacienti dosahují terapeutické změny v akutních symptomech či v celkové symptomatologii, dále, že se sníží jejich somatické příznaky a zvýší se spokojenost s vlastním zdravím. Věříme, že se u pacientů sníží neurotické příznaky, jako jsou úzkost, deprese a psychasthenické prožívání. Předpokládáme

adaptabilnější sociální fungování a zvýšení spokojenosti v interpersonálních vztazích. Na závěr se domníváme, že se u pacientů po prodělané léčbě projeví vyšší spokojenost s vlastní osobou, tzn., zvýší se i jejich sebedůvěra a sebehodnocení.

H2: Diagnostická kategorie má vliv na dosažené změny po psychoterapeutické léčbě v celkové symptomatologické závažnosti, v somatické, neurotické a v sociální oblasti fungování a v oblasti sebedůvěry.

Účinnost psychodynamické, psychoanalytické nebo tzv. interpersonální terapie se ve výzkumech v různé míře potvrdila u lehčích až středně těžkých neuróz a poruch osobnosti (Sloan, Staples, 1975; Winston, 1994; Stangier, 2011, aj.) i u depresí (Elkin a kol, 1989; Shapiro, Barkham, Rees a kol., 1994, aj.). Proto předpokládáme, že se účinnost léčby prokáže u všech tří definovaných diagnostických skupin.

Ve výzkumech se ukazuje, že pacienti s diagnostikovanou poruchou osobnosti dosahují nižšího efektu léčby než pacienti bez poruchy osobnosti (Karterud a kol., 1992; Diguier a kol., 1993; Clarkin, Levy, 2004; Woody a kol., 1985; Hardy a kol., 1995), a čím je porucha závažnější (Ryle, Golynkina, 2000) nebo čím více poruch osobnosti je přítomno u pacienta (Ogrodniczuk a kol., 2001), tím nižší je úspěšnost terapie. Pacienti přicházející do terapie mají často poruchu osobnosti v komorbiditě s další diagnózou. Hardy a kol. (1995, cit. dle Cooper, 2008) uvádí, že tyto pacienti tvoří zhruba polovinu všech pacientů⁴. Porucha osobnosti se nejčastěji vyskytuje společně s poruchami z neurotického okruhu (F4) a s afektivními poruchami (F3). Výsledky studií naznačují, že pacienti s komorbidní diagnózou profitují z terapie obecně méně (Castonguay, Beutler, 2006; Fahy, Russell, 1993), zvláště pokud se jedná o komorbiditu s depresí (Newton, Tyrer, Johnson, 2006). Gabbard (2004) upozorňuje, že pacienti nejsou zpravidla do skupiny vybíráni pro poruchu osobnosti, ale bývají doporučeni pod diagnózou aktuální úzkostné, depresivní, adaptační či somatizační poruchy. Krátkodobý skupinový program (do 40 skupin) je však pro změnu osobnosti nedostatečný a jediným reálným cílem je zpravidla krátkodobá kompenzace aktuálních příznaků.

Westen a Morrison (2001) provedli metaanalýzu všech kontrolovaných studií výsledků psychoterapie u pacientů s depresí, s panickou poruchou a s generalizovanou úzkostnou poruchou, které se uskutečnily v 90. letech. Míry efektu u jednotlivých diagnóz byly významné, až na účinnost u terapie deprese, kde byla míra efektu výrazně nižší. Procento vyléčených nebo

⁴ V našem výzkumném souboru bylo s komorbidní poruchou osobnosti (nejčastěji s neurotickou poruchou) ze 159 pacientů 32,7% (n=51).

významně zlepšených bylo v rozmezí u neurotických poruch od 52% do 63%, zatímco u depresí bylo zlepšených jen 37% pacientů.

Na základě výše uvedeného se domníváme, že na výsledky terapeutické léčby má diagnostická kategorie vliv.

H3: Skupiny pacientů s různými výsledky léčby z hlediska celkové symptomatologické závažnosti se neliší v sociodemografických charakteristikách (pohlaví, věk, rodinný stav a vzdělání).

Vliv pohlaví na výsledky terapeutické léčby nebyl zatím dostatečně prokázán (viz str. 25). Existují studie, které konstatují, že pohlaví nemá vliv na účinnost terapie (Sotsky a kol., 1991; Thase a kol., 1994; Zlotnick a kol. 1996; Beutler a kol., 1994, cit. dle Ogrodniczuk a kol., 2001) a stejně tak studie, které předkládají zjištění o lepší účinnosti psychoterapie u žen (Kirschner a kol., 1978; Jones, Zoppell, 1982; Sue, Lam, 2002). Např. ve slovenské studii Bieščada (2007) se sice potvrdil obecný trend, že ženy měly celkovou symptomatologickou zátěž v průměru vyšší než muži, ale míra účinnosti byla u obou pohlaví srovnatelná.

Věk se také neukázal být proměnnou, která by měla významný vliv na terapeutické výsledky (Clarkin, Levy, 2004; Smith, Glass, Miller, 1980). Ohledně rodinného stavu a vzdělání jsme nenašli žádné studie, které by potvrzovaly svůj vliv na výsledky psychoterapie.

Domníváme se, že se pacienti s různými výsledky léčby (zlepšení, či beze změny) neliší v sociodemografických charakteristikách, jako jsou pohlaví, věk, rodinný stav a úroveň vzdělání.

H4: Pacienti vstupující do terapie s nižší úrovní patologie zůstávají po terapii z hlediska celkové symptomatologické závažnosti častěji beze změny oproti pacientům, kteří vstupují do terapie s více patologickými hodnotami.

Vycházíme z předpokladu, že pacienti, kteří mají již před zahájením terapie hodnoty v pásmu „normální“ populace, nemají pro výraznější zlepšení takový prostor, jako pacienti s patologickými hodnotami před terapií.

2 Sběr dat a výzkumný soubor

Veškerá data byla získána z archivovaných zdravotnických karet klientů, kteří absolvovali intenzivní, psychodynamicky zaměřený, terapeutický program v denním stacionáři Horní Palata v Praze (viz str. 46) od ledna 2008 do června 2011. Celkem v této době proběhlo 28 sedmitýdenních stacionárních léčeb pod vedením 9 terapeutů. U každého klienta jsme sledovali data z administrovaných testů před terapií a po terapii (SCL-90-R, MMPI-2, DŽS) a základní demografické údaje. Do souboru nebyli zahrnuti klienti, kteří léčbu nedokončili. Původní výzkumný soubor tvořil 180 klientů, z něhož jsme vyřadili všechny ty, u kterých nebyla data z výzkumných nástrojů kompletní nebo byla nevalidní⁵. Konečný výzkumný soubor, se kterým budeme pracovat, zahrnuje **celkem 159 pacientů**.

Ve výzkumném souboru je 113 žen (71,1%) a 46 mužů (28,9%). Klienti měli v průměru 36,9 let (SD=10,55) - muži 34,9 let (SD=10,0), ženy 37,7 let (SD=10,7).

Tab.3 Věkové rozložení mužů a žen.

Pohlaví	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián
Muži (n=46)	34.9	10,00	20	61	32.5
Ženy (n=113)	37.7	10.70	19	62	38.0
Celkově (n=159)	36.9	10.55	19	62	35.0

Co se týká sociodemografických charakteristik, nejčastěji jsou zastoupeni klienti se středoškolským vzděláním (49,7%), vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním (35,2%), méně častěji pak klienti vyučení (10,1%) a klienti se základním vzděláním (5,0%). 49,7% klientů je svobodných, 34,0% v manželství a 16,4% rozvedených. Současně s psychoterapií bylo podrobeno farmakoterapii 79,9% klientů. Nejčastěji byli klienti dle MKN-10 diagnostikováni v okruhu F6 (43,4%), F4 (41,5%) a F3 (15,1%). 26,7% klientům byla stanovena duální diagnóza z okruhů F4 a F6.

⁵ U MMPI-2 se nevalidní protokol posuzuje na základě hodnot standardizačních a validizačních škál.

Tab.4 Základní údaje o pacientech výzkumného souboru.

	Celkové % (četnost)	Muži % (četnost)	Ženy % (četnost)
Pohlaví	100% (n=159)	28,9% (46)	71,1% (113)
Věk			
19-30	27,0% (43)	28,3% (13)	26,5% (30)
31-40	34,6% (55)	41,3% (19)	31,9% (36)
41-50	23,9% (38)	21,7% (10)	24,8% (28)
51-62	14,5% (23)	8,7 % (4)	16,8% (19)
Vzdělání			
ZŠ	5,0% (8)	6,5% (3)	4,4% (5)
SOU	10,1% (16)	13,0% (6)	8,8% (10)
SŠ	49,7% (79)	45,7% (21)	51,3% (58)
VOŠ, VŠ	35,2% (56)	34,8% (16)	35,4% (40)
Stav			
Svobodný/á	49,7% (79)	60,9% (28)	45,1% (51)
V manželství	34,0% (54)	28,3% (13)	36,3% (41)
Rozvedený/á	16,4% (26)	10,9% (5)	18,6% (21)
Diagnóza			
F4	41,5% (66)	47,8% (22)	38,9% (44)
F6	43,4% (69)	34,8% (16)	46,9% (53)
F3	15,1% (24)	17,4% (8)	14,2% (16)
Farmakoterapie	79,9% (127)	69,6% (32)	84,1% (95)

Pro přehled uvádíme v tab.5 diagnostické jednotky, které se vyskytovaly v našem souboru častěji. Další diagnózy byly v souboru již ojedinělé. Do tabulky jsou zahrnuty i duální diagnózy.

Tab.5Přehled častěji zastoupených diagnóz ve výzkumném souboru.

Kód dle MKN-10	Název diagnózy	Četnost
F43.2	Poruchy přizpůsobení	36
F41.2	Smíšená úzkostně depresivní porucha	35
F61.0	Smíšená porucha osobnosti	27
F60.8	Jiná porucha osobnosti	17
F60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti	15
F32.1	Středně těžká depresivní fáze	10
F41.0	Panická porucha	9
F60.4	Histriónská porucha osobnosti	9
F40.1	Sociální fobie	8
F32.0	Mírná depresivní fáze	6
F45.0	Somatizační porucha	6
F45.3	Somatoformní vegetativní dysfunkce	6
F48.0	Neurastenie	5
F60.6	Anxiózní porucha osobnosti	5

3 Použité metody

V kapitole představíme tři nástroje měření – SCL-90-R, MMPI-2 a Dotazník životní spokojenosti (DŽS) - prostřednictvím jejichž výsledků budeme hodnotit změny v předem definovaných oblastech. Zmíněné testy byly pacientům předkládány 1-3 dny před započatím samotného sedmitýdenního programu stacionáře a 1-3 dny po jeho skončení. Testy vyhodnocovali psychologové DS Horní Palata. Předkládaná baterie testů mapuje u pacientů symptomatologickou a somatickou oblast (SCL-90-R), míru patologie a některé osobnostní rysy (MMPI-2) a životní spokojenost (DŽS).

3.1 Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R)

Symptom Check-List-90-R je široce používaný sebeposuzující inventář o 90 položkách vytvořený pro zachycení spektra symptomatologických potíží pacienta. Respondent má na pětibodové Likertově škále označit, do jaké míry jej v posledních dnech obtěžují nebo se u něj vyskytují příznaky vyjádřené položkami v dotazníku: 0 (vůbec ne), 1 (trochu), 2 (středně), 3 (dosti silně), 4 (velmi silně). Položky mapují devět základních dimenzí symptomů, kterými jsou somatizace, obsesivně-kompulzivní příznaky, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobie, paranoidní myšlenky a psychoticismus. Navíc se zde posuzují tři globální indexy celkové úrovně příznaků. Ve výzkumu jsme pracovali pouze s indexem celkové závažnosti příznaků GSI:

Tab.6 Popis celkového indexu příznaků GSI v SCL-90-R.

Zkratka	Název škály	
GSI	Celkový index příznaků	Průměrné skóre všech 90 položek. Tento index je považován za nejcitlivější kvantitativní indikátor respondentova celkového psychologického distresu (Derogatis, Savitz, 2000). Zároveň je to spolehlivý zdroj citlivý na změnu hodnocení výsledků psychoterapie na úrovni subjektivního prožívání příznaků (Schauenburg, Strack, 1999).

Schauenburg a Strack (1999) uvádějí, že v současnosti získává SCL-90-R mezinárodního přijetí a je doporučován jako standardní nástroj ve výzkumech výsledků psychoterapie. Stejně tak Schmitz a kol. (2000) jsou přesvědčeni, že SCL-90-R je užitečný nástroj nejen pro posouzení psychického stavu a pro základní screening duševních poruch, ale také pro zachycení změn ve výzkumech zaměřených na zjišťování efektu léčby.

Vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) jednotlivých škál a GSI se pohybuje mezi 0,77 a 0,97. Tato dobrá reliabilita se vztahuje především k populacím pacientů (Schauenburg, Strack, 1999).

3.2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)

Minnesotský multidimenzionální osobnostní inventář MMPI-2 je širokospektrý test o 567 položkách, který slouží ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch. Historie dotazníku spadá již do 30.let minulého století. Autoři dotazníku Hathaway a McKinley se domnívají, že sestavili nástroj k širokospektrému měření osobnosti pomocí profilů jednotlivých škál. Test je schopen podchytit normální a patologickou orientaci vývoje jednotlivých složek osobnosti (Svoboda, 1999).

Restandardizace pro českou populaci byla provedena na vzorku 650 osob. Test-retestové koeficienty se pro klinické škály pohybují mezi 0,70 do 0,93 u mužů a u žen mezi 0,54 a 0,92. U obsahových a doplňkových škál je to 0,77 až 0,91 u mužů, respektive 0,78 až 0,91 u žen. Koeficienty vnitřní konzistence klinických škál (Cronbachovo alfa) se pohybují v intervalu od 0,34 do 0,85 u mužů a od 0,37 do 0,87 u žen (Hathaway, McKinley, 2002).

Šnorek (2007) uvádí, že MMPI-2 zůstává od svého vzniku na určité teorii osobnosti a psychopatologie nezávislou metodou. Proměnné, které jsou měřeny, představují empiricky silné koreláty reálných psychopatologických projevů. Hodnoty jednotlivých škál vyjádřených v T skórech lze umístit na kontinuum vyjadřující úroveň daných proměnných:

- Nízká úroveň: T skór = 44 a méně
- Normální úroveň: T skór = 45-57
- Mírně zvýšená úroveň: T skór = 58-64
- Významně zvýšená úroveň: T skór = 65-89
- Extrémně zvýšená: T skór = 90 a více

Se zvyšující se hodnotou určité proměnné narůstají projevy psychopatologie, k níž je škála vztažena.

Dotazník zahrnuje základní škály standardní validizační, klinické, obsahové a doplňkové. Byly vyvinuty další, úžeji specifikované škály, na které jsme se ale ve výzkumu nezaměřovali, proto zůstaneme jen u zmíněných základních. Pro přehled uvádíme stručný popis dimenzí jednotlivých škál, aby se čtenář lépe orientoval v kapitole prezentující výsledky.

Tab.7 Klinické škály MMPI-2 a jejich stručný popis.

Zkratka	Název škály	Charakteristika
Hs	Hypochondrie	Škála je určena k posuzování neurotického zájmu o tělesné funkce. Vágní a nespecifické stesky v oblasti tělesného fungování přetrvávají navzdory ujišťováním a negativním výsledkům medicínských vyšetření.
D	Deprese	Škála zjišťuje symptomatickou depresi charakterizovanou nedostatkem vitality, nedostatečnou vírou v budoucnost a obecným neuspokojením vlastním statusem. Předpokládá se, že škála zachycuje spíše tzv. reaktivní či exogenní depresi.
Hy	Konverzní hysterie	Škála zahrnuje položky odrážející somatické stesky a položky, ve kterých se klient považuje za dobře socializovaného. Tyto dvě oblasti jsou v těsném vztahu u osob s histrionskými rysy (udržují fasádu vysokého přizpůsobení, ale pod stresem se projevují jejich sklon vyvíjet konverzní symptomy).
Pd	Psychopatická odchylka	Škála posuzuje obecné sociální přizpůsobení a absenci silně příjemných prožitků. Zjišťují se stížnosti na rodinu a autority, odcizení sobě i okolí a nuda.
Mf	Maskulinita – Femininita	Položky v této škále jsou značně heterogenní (profesní, estetické preference, senzitivita apod.). Odpovědi jsou odchýleny od normy, pokud odrážejí feminitu u mužů a maskulinitu u žen.
Pa	Paranoia	Škála se zaměřuje na interpersonální senzitivitu, mravní pokrytectví a podezřívavost.
Pt	Psychastenie	Zde se posuzuje neurotický syndrom psychastenie, který se projevuje neschopností vzdorovat specifickým činnostem či myšlenkám bez ohledu na jejich maladaptivní povahu. Současně se místo tohoto termínu používá diagnostické označení „obsedantně kompulzivní reaktivita“.
Sc	Schizofrenie	Položky škály postihují rozmanité obsahy včetně bizarních myšlenkových procesů, podivných percepceí, sociálního odcizení, špatných rodinných vztahů, potíží s koncentrací a impulzivitou, nedostatkem hlubších zájmů, problémů se sebehodnotou, identitou a sexualitou.
Ma	Hypomanie	Škála zjišťuje mírnější stupně manické excitace (povznesená a nestabilní nálada, psychomotorická excitace, myšlenkový trysk), dále hyperaktivitu, egocentričnost, velíkášství, iritabilitu ad.
Si	Sociální introverze	Škála postihuje dimenze introverze-extroverze.

Škála Mf nebývá do výzkumů zabývajících se zachycením psychopatologických projevů zařazována (např. Berghout, Zevalkink, 2009; Nieberding a kol., 2003; Terlidou a kol., 2004), protože není považována za klinickou škálu měřící psychopatologii.

Tab.8 Vybrané obsahové škály a jejich stručný popis.

Zkratka	Název škály	Charakteristika
ANX	Úzkost	Škála postihuje generalizovanou úzkost (obecné symptomy úzkosti, nervozita, obavy, potíže se spánkem, s bušením srdce, s koncentrací, nerozhodností, nejistotou, nedostatečnou sebedůvěrou aj.).
FRS	Strachy	Zjišťuje specifické obavy či fobie.
OBS	Nutkavost	Zaměřuje se na maladaptivní ruminace a obsedantní myšlení (problémy s učiněním rozhodnutí, ruminace o problémech, bázlivost, vtíravé myšlenky ad.).
DEP	Deprese	Posuzuje symptomatickou depresi (např. depresivní nálada a myšlenky, smutek, nadměrná zadumanost, pocity bezsmyslnosti života, plačtivost, pocity viny, osamělosti).

HEA	Zájem o vlastní zdraví	Škála zjišťuje tělesné symptomy a zájmy o vlastní tělo (stížnosti na nevolnosti, bolesti, špatné zdraví apod.).
BIZ	Bizarní psychické aktivity	Posuzuje závažné symptomy poruch myšlení (např. podivné nebo paranoidní myšlenky).
ANG	Zloba	Postihuje ztrátu sebekontroly ve vzteku a obecně dráždivost, popudlivost, netrpělivost, vznětlivost, tvrdohlavost, nedostatečné sebeovládání, hostilitu.
CYN	Cynismus	Zjišťuje cynická mínění a misantropické postoje, které se mohou projevovat podezíráním druhých z nekalých úmyslů, negativními postoji k blízkým osobám, zvýšenými nároky na druhé apod.
ASP	Antisociální chování	Zaměřuje se na antisociální rysy osobnosti (problémové chování, krádeže, odmítání autorit, egocentrismus, manipulace, agresivita, impulzivita aj.).
TPA	Chování typu A	Škála zkoumá energický, soutěživý a hostilní styl osobnosti. Tento styl je charakteristický nadměrnou energičností, pohybem, orientací na práci, netrpělivostí, popudlivostí a vůči druhým hostilitou, direktivitou či nátlakovostí.
LSE	Nízká sebeúcta	Postihuje negativní sebepojetí typické nízkým míněním o sobě (např. nízká atraktivita, nešikovnost, neužitečnost), nízkou sebedůvěrou, pocity méněcennosti, nerozhodností apod.
SOD	Sociální nepohoda	Zjišťuje stísněnost v sociálních situacích, která může být příčinou samotářství, vyhýbáním se lidem a doprovázena úzkostmi či depresí.
FAM	Problémy v rodině	Škála odhaluje rodinný nesoulad, nedostatek lásky a podpory, touhou opustit domov.
WRK	Poruchy pracovního výkonu	Škála postihuje problémy a negativní postoje k práci a výkonu (např. zhoršující se výkonnost, nízká energie, únava, problémy s prací začít, nedostatek podpory od okolí).
TRT	Negativní postoje k terapii	Škála je zaměřena na zjišťování postojů či problémů v přijímání pomoci nebo při změně chování. Tato oblast se může projevovat v tom, že pacient nebude chtít chodit k lékaři, bude preferovat léky, nebude chtít o svých problémech mluvit apod.

Obsahové škály MMPI-2 jsou zaměřeny na čtyři hlavní témata: symptomy, chování (různé vnější nebo agresivní tendence), devalvace pohledu na své self a obecné problémové oblasti, jako jsou sociální fungování, rodinné vztahy nebo postoje k práci či psychoterapeutické léčbě. Přestože se mohou zdát tato témata koncepčně odlišná, nejsou na sobě nezávislá ve statistickém slova smyslu. MMPI-2 směřuje k zachycení a popisu psychopatologie, proto se jednotlivé položky škál vysoce váží na ty, které mapují symptomy, problematické postoje a chování. Není proto překvapující, že zjevná validita škál v této oblasti vykazuje vysoké pozitivní interkorelace (0,40-0,49). Nejvíce spolu korelují škály ANX, OBS, DEP, LSE, WRK a TRT (Friedman, Lewak, Nichols, 2001).

Tab. 9 Vybrané doplňkové škály a jejich stručný popis.

Zkratka	Název škály	Charakteristika
A	Anxieta	Škála odráží osobnostní rys označený jako anxieta nebo nedostatek houževnatosti Ega či obecnou maladjustaci. Ukazují se zde problémy v procesech myšlení, negativní emocionální ladění, dysforie, nedostatek energie, pesimismus, senzitivita nebo deviantní myšlenkové procesy.
R	Potlačení	Škála reprezentuje odmítnutí nebo omezení zájmu o zdravotní a tělesné symptomy, emocionalitu, násilí, aktivitu, radostné reakce na druhé v sociální situaci, sociální dominanci, zájem o osobní vzhled nebo o osobní a profesionální činnost.
Es	Síla Ega	Škála měří obecný faktor schopnosti integrace osobnosti nebo sílu Ega. Vysoký skór naznačuje, že osoba má zdroje (schopnost zvládat své problémy), které se mohou vynořit během terapie.
Do	Dominance	Položky škály postihují dominantní chování, včetně dalších obsahových oblastí jako je sebedůvěra, nepohoda v sociálních situacích, zájem o tělesný vzhled, problémy s koncentrací apod.
Re	Sociální odpovědnost	Škála zjišťuje odpovědnost, která se projevuje ochotou osoby akceptovat následky svého chování, spolehlivostí, smyslem pro povinnost vůči skupině a smyslem pro spravedlnost, se zájmem o sociální a morální otázky apod.
Ho	Hostilita	Škála měří cynismus, podezřavost, nedůvěřivost. Vysoký skór mívají častěji osoby trpící srdečními onemocněními a jsou psychicky hůře přizpůsobené.
O-H	Nadměrná kontrola hostility	Vysoké skóry na škále vykazují osoby s excesivní kontrolou svých hostilních impulzů, sociální odcizeností a nejsou ochotny připustit žádnou formu psychických symptomů.
GM	Maskulinní role	Vysoký skór naznačuje maskulinní zájmy a aktivity, sebedůvěru, vytrvalost, popírání obav, úzkostí a somatických stesků.
GF	Femininní role	Osoby s vysokým skórem mají feminní zájmy a aktivity, odmítají antisociální chování a jsou nadměrně senzitivní.

3.3 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

DŽS vyvinuli v Německu v roce 2000 autoři Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Bähler, do češtiny byl dotazník přeložen v roce 2001 T. Rodným a K. Rodnou. Jedná se o metodu postihující individuální obraz celkové životní spokojenosti a diferencuje ji přitom do deseti oblastí. Položky zjišťují především aktuální stav, ale některé obsahují i retrospektivní a prospektivní řazení. Škálové hodnoty tedy charakterizují relativně trvalé sebeposouzení. DŽS lze použít opakovaně pro postižení změn. Dotazník bývá používán primárně jako výzkumný nástroj k popisu rozdílů v životní spokojenosti mezi určitými klinickými skupinami, v průběhu rehabilitace nebo k porovnávání sociodemografických skupin definovaných souborů.

Vybraných deset škál reprezentuje dle autorů (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Bähler, 2001) nejdůležitější životní oblasti, které existují v sebeposouzení průměrného obyvatelstva, přičemž autoři nevylučují, že v dílčích výběrech jsou i jiná, speciálnější témata významnější.

Korelační koeficienty (Cronbachovo alfa) vypočítané na velkém normovacím souboru leží mezi 0,82 a 0,94. K retestové reliabilitě nové verze DŽS v současnosti neexistují údaje (předchozí verze měla 0,87). V současnosti jsou k dispozici pouze normy získané na německé populaci, pro českou populaci nebyl dotazník restandardizován.

V následující tabulce 10 uvádím přehled a popis 7 škál, ze kterých se dá vypočítat i celková životní spokojenost (SUM) a jež jsme v našem výzkumu sledovali. Nejsou zde zahrnuty škály, které se nezapočítávají do celkové hodnoty životní spokojenosti (SUM), protože se mnoha osob netýkají a těmi jsou Práce a povolání (PAZ), Manželství a partnerství (MAN) a Vztah k vlastním dětem (DET).

Tab.10 Jednotlivé dimenze sledované v DŽS.

Zkratka	Název škály	Popis
ZDR	Zdraví	Škála zjišťuje spokojenost osoby se svým celkovým zdravotním stavem, se svou duševní i tělesnou kondicí, se svou fyzickou výkonností a odolností proti nemocem.
FIN	Finanční situace	Škála sleduje spokojenost osob se svým finančním příjmem, výší svého majetku a svým životním standardem. Dále schopnost zajištění existence, možnost výdělku v budoucnosti, zajištění ve stáří a celkově spokojenost s finančními možnostmi rodiny.
VLC	Volný čas	Škála mapuje, nakolik jsou osoby spokojeny s délkou, kvalitou a pestrostí svého volného času, případně dovolené a jak hodnotí dobu, kterou mají k dispozici pro své koníčky.
VLO	Vlastní osoba	Zde se škála zaměřuje na spokojenost osob se svým vzhledem, svými schopnostmi, charakterem, svou vitalitou a sebevědomím. Patří sem i hodnocení způsobu života, který doposud vedly a vycházení s ostatními lidmi.

SEX	Sexualita	Škála sleduje, jak respondenti hodnotí svou fyzickou atraktivitu a nakolik jsou spokojeni se svou sexuální výkonností, sexuálními kontakty a sexuálními reakcemi. Spadá sem i schopnost otevřeně hovořit o sexualitě a obecně sexuální harmonie s partnerem.
PZP	Přátelé, známí a příbuzní	Zde se škála zaměřuje na spokojenost osoby se svými sociálními vztahy, tzn. s kruhem svých přátel a známých, se svými příbuznými a se svými kontakty se sousedy. Škála sleduje i spokojenost se sociální podporou, sociálními aktivitami, společenskou angažovaností a obecně četnost styků s ostatními.
BYD	Bydlení	V této škále se posuzuje spokojenost osoby se svými bytovými podmínkami, tzn. s velikostí, stavem a polohou bytu, s dostupností dopravních prostředků, případnou hlukovou zátěží a s náklady, stejně jako obecně se standardem bydlení.
SUM	Celková životní spokojenost	V souhrnné škále se zjišťuje celková spokojenost, do které jsou zahrnuty škály Zdraví, Finanční situace, Volný čas, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé a Bydlení.

4 Způsob zpracování dat

Na zpracování a analýzu dat jsme použili program SPSS Statistics (19 verze). Hodnocení velikosti účinku jsme posuzovali dle koeficientu d (Cohenovo d , effect size, ES). Odhad účinku ošetření nebo intervence závisí na velikosti průměru skupiny před a po léčbě. Praktický význam koeficientu spočívá v tom, že rozdíly se standardizují pomocí směrodatné odchylky (viz str.38). Tímto je nám umožněno srovnávat odchylky v působení intervencí, které byly měřeny různými nástroji či prostředky (Hendl, 2006). V posuzování měř efektu v našem výzkumu se budeme držet konvencí a budeme rozlišovat malý efekt ($d \geq 0.15$ a < 0.40), střední efekt ($d \geq 0.40$ a < 0.75) a velký efekt ($d \geq 0.75$ a < 1.10). Za tzv. obrovský efekt je považováno $d > 1.10$.

Ve výzkumu jsme potřebovali rozhodnout, zda je věcně a statisticky významný efekt terapeutické intervence. Jednotky pozorování jsme měřili opakovaně v předem daných časech (před a po terapii). K analýze jsme tedy použili analýzu rozptylu (ANOVU) pro opakovaná měření (GLM-repeated measures). Tento přístup je vhodné použít, pokud kromě faktoru, jenž určuje opakování měření (např. čas) existují další faktory (v našem případě diagnóza), které rozdělují objekty do několika nezávislých skupin (Hendl, 2006).

Při ověřování některých hypotéz jsme přistoupili také ke kontingenčním tabulkám s uvedenou hodnotou chí-kvadrátu, abychom mohli rozhodnout, zdali jsou procentuální rozdíly v předem stanovených skupinách pacientů signifikantní.

Hladina významnosti alfa je pravděpodobnost, že zamítneme nulovou hypotézu, ačkoli platí. Přiklonili jsme se k obvyklé hladině významnosti, a to $p < 0,05$ (Hendl, 2006; Urbánek, 2007).

5 Výsledky

5.1 Deskriptivní statistiky

5.1.1 Deskriptivní statistiky SCL-90-R

Globální index symptomatologické zátěže (GSI) odpovídá v počátečních hodnotách průměrným hodnotám klinické populace i z jiných studií (např. Jensen a kol., 2010; Bieščad, 2006; Ankuta, Abeles, 1993; Schauenburg, Strack, 1999, aj.). Rovněž se nám potvrdil trend, že ženy mají počáteční hodnoty mírně závažnější než muži.

Tab.16 Popisné statistiky ukazatele GSI SCL-90-R celého souboru (n=159) a u mužů (n=46) a žen (n=113).

	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)
	Před terapií	Po terapii	
GSI celkové (n=159)	1,46 (0,63)	1,03 (0,61)	0,43 (0,49)
GSI muži (n=46)	1,34 (0,68)	0,92 (0,53)	0,42 (0,40)
GSI ženy (n=113)	1,51 (0,61)	1,07 (0,63)	0,44 (0,53)

Pozn. Čím vyšší hodnota, tím vyšší symptomatologická závažnost.

5.1.2 Deskriptivní statistiky Dotazníku životní spokojenosti (DŽS)

V dotazníku pacienti posuzují svou spokojenost na Likertově škále, kde 1=velmi nespokojen/a, 2=nespokojen/a, 3=spíše nespokojen/a, 4=ani spokojen/a ani nespokojen/a, 5=spíše spokojen/a, 6=spokojen/a a 7=velmi spokojen/a. V tabulce 17 vidíme, že v žádné škále se pacienti v průměru nedostali do pásma vyjadřující „spokojenost“ (5 a výše).

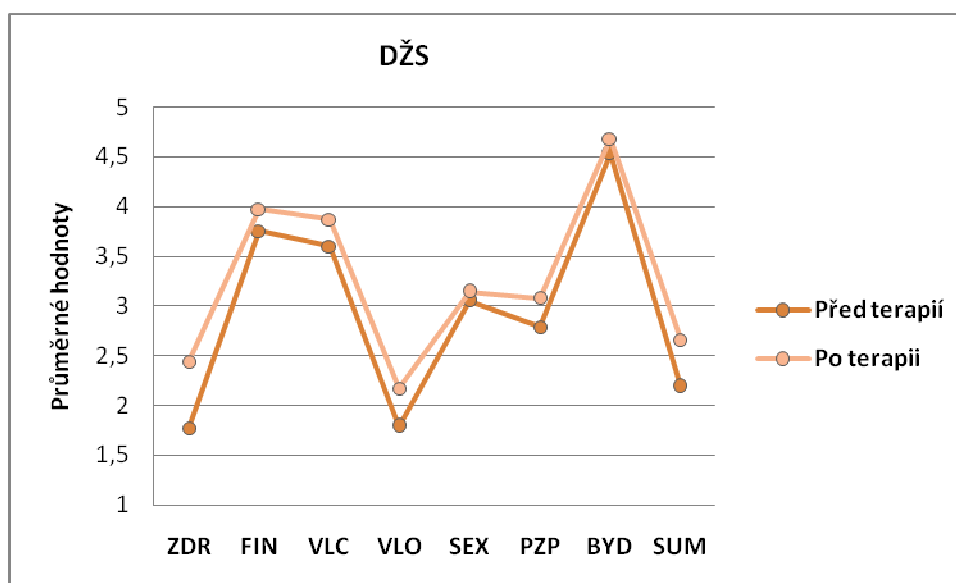
Tab.17 Popisné statistiky sledovaných škál SCL-90-R a Dotazníku životní spokojenosti (DŽS) u celého souboru (n=159).

	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)
	Před terapií	Po terapii	
ZDR	1,77 (1,00)	2,44 (1,34)	-0,67 (1,00)
FIN	3,75 (1,60)	3,97 (1,75)	-0,22 (1,60)
VLC	3,60 (1,84)	3,87 (1,63)	-0,27 (1,43)
VLO	1,79 (1,28)	2,17 (1,34)	-0,38 (1,08)
SEX	3,05 (1,93)	3,14 (1,86)	-0,09 (1,49)
PZP	2,79 (1,72)	3,08 (1,70)	-0,30 (1,38)
BYD	4,53 (1,81)	4,68 (1,77)	-0,15 (1,42)
SUM	2,19 (1,45)	2,66 (1,48)	-0,47 (1,22)

Pozn.: Čím vyšší hodnota, tím vyšší spokojenost.

Pacienti před i po terapii udávali nejnižší nespokojenost s Bydlením (BYD), s Finanční situací (FIN) a se svým Volným časem (VLC). Nejvyšší nespokojenost byla zaznamenána v oblasti Zdraví (ZDR) a Vlastní osoby (VLO).

Graf 1. Průměrné hodnoty celého výzkumného souboru (n=159) ve škálách DŽS před terapií a po terapii.



5.1.2 Deskriptivní statistiky MMPI-2

Klinické škály MMPI-2

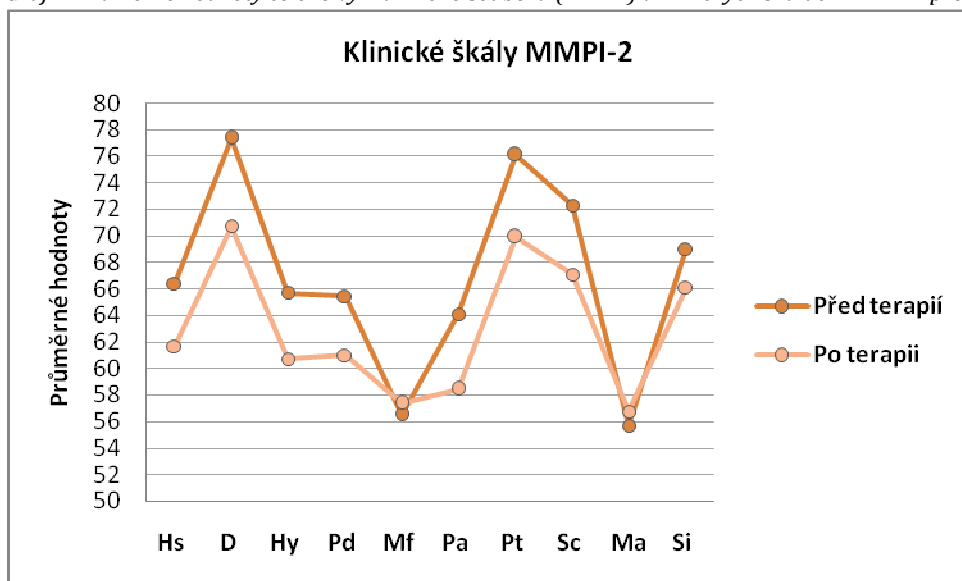
V klinických škálách MMPI-2 měli pacienti před léčbou nejzávažnější hodnoty (překračující T skóre > 70) ve škále Deprese (D), Psychastenie (Pt) a Schizofrenie (Sc). Po léčbě zůstaly v patologickém pásmu jen hodnoty na škále Deprese (D).

Tab.18 Popisné statistiky klinických škál MMPI-2 u celého souboru (n=159).

Klinická škála	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)
	Před terapií	Po terapii	
Hs	66,40 (13,08)	61,68 (12,68)	4,72 (10,22)
D	77,36 (13,42)	70,72 (14,86)	6,64 (12,75)
Hy	65,70 (11,89)	60,72 (12,42)	4,98 (11,44)
Pd	65,42 (12,55)	60,97 (11,69)	4,44 (11,02)
Mf	56,51 (11,11)	57,38 (11,09)	-0,87 (9,91)
Pa	64,07 (12,07)	58,44 (11,80)	5,63 (10,94)
Pt	76,09 (14,53)	69,91 (15,59)	6,12 (13,06)
Sc	72,31 (14,12)	67,09 (15,06)	5,23 (11,42)
Ma	55,69 (10,62)	56,74 (12,75)	-1,04 (10,54)
Si	69,03 (13,52)	66,08 (14,02)	2,95 (9,37)

Pozn.: Červeně jsou označeny hodnoty přesahující T>70, což naznačuje patologii.

Graf 2. Průměrné hodnoty celého výzkumného souboru (n=159) v klinických škálách MMPI-2 před terapií a po terapii.



Obsahové škály MMPI-2

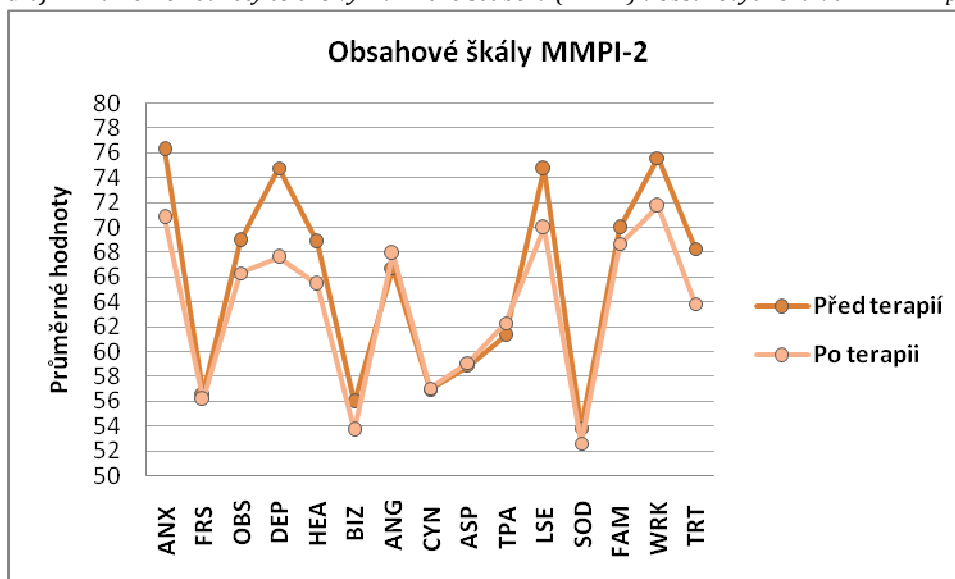
V obsahových škálách překročili pacienti v průměru patologickou hranici ve škále Úzkosti (ANX), v Poruchách pracovního výkonu (WRK), Deprese (DEP) a ve škále Nízké sebeúcty (LSE). Po léčbě zůstaly v patologickém pásmu jen hodnoty v ANX a ve WRK.

Tab.19 Popisné statistiky sledovaných obsahových škál MMPI-2 u celého souboru (n=159).

Obsahová škála	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)
	Před terapií	Po terapii	
ANX	76,24 (11,75)	70,78 (13,41)	5,46 (10,09)
FRS	56,62 (12,32)	56,14 (12,48)	0,48 (7,19)
OBS	68,93 (12,22)	66,33 (12,86)	2,60 (8,70)
DEP	74,77 (13,26)	67,57 (13,72)	7,21 (11,03)
HEA	68,84 (13,26)	65,42 (13,35)	3,43 (8,67)
BIZ	55,94 (10,87)	53,68 (9,84)	2,26 (7,32)
ANG	66,72 (14,49)	67,90 (15,97)	-1,17 (9,54)
CYN	56,94 (10,63)	57,03 (11,63)	-0,09 (7,74)
ASP	58,81 (11,22)	59,09 (10,98)	-0,27 (8,94)
TPA	61,31 (13,54)	62,28 (14,45)	-0,98 (10,91)
LSE	74,72 (16,66)	69,98 (17,57)	4,74 (11,78)
SOD	53,84 (16,83)	52,62 (15,01)	1,21 (14,03)
FAM	69,96 (13,77)	68,65 (14,60)	1,30 (9,16)
WRK	75,58 (13,04)	71,70 (14,54)	3,87 (10,45)
TRT	68,28 (12,56)	63,81 (13,96)	4,48 (9,55)

Pozn.: Červeně jsou označeny hodnoty přesahující $T > 70$, což naznačuje patologii.

Graf 3. Průměrné hodnoty celého výzkumného souboru (n=159) v obsahových škálách MMPI-2 před terapií a po terapii.



Doplňkové škály MMPI-2

V některých doplňkových škálách je určování „patologie“ ve vztahu k výši T skóre opačné. U škály Es (Síla Ega) platí, že čím nižší jsou hodnoty, tím vyšší je patologie. Klienti s nízkým T skóre (<40) jsou špatně psychicky přizpůsobení a mají omezené zdroje. Stejně pravidlo platí i u škály Do (Dominance), kde osoby s nízkým T skóre (<45) vyžadují, aby za ně ostatní přebírali zodpovědnost, tedy čím nižší skóre, tím vyšší patologie. U škály Re (Sociální odpovědnost) autoři nepopsali osoby s nízkými T skóry (Hathaway a McKinley, 2002).

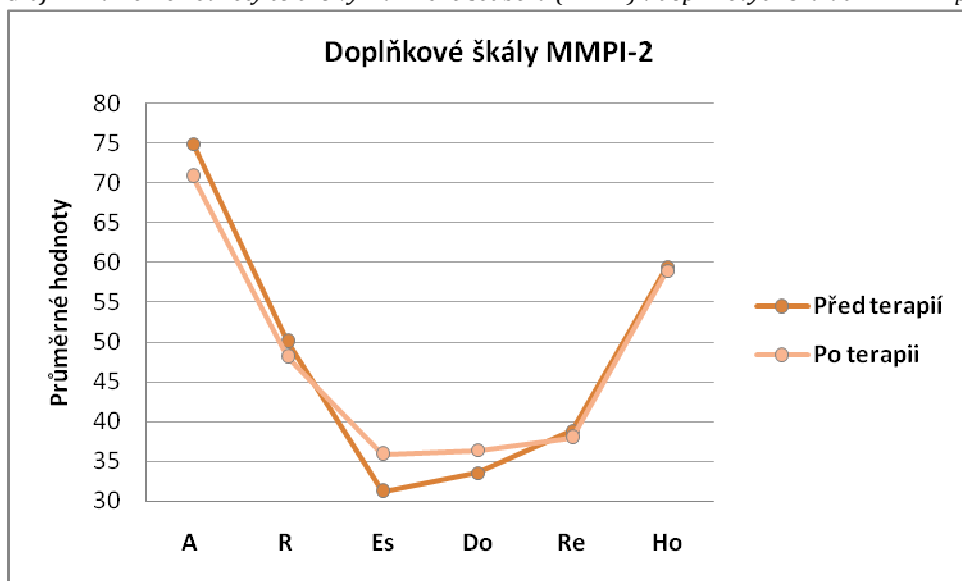
Tab.20 Popisné statistiky sledovaných doplňkových škál MMPI-2 u celého souboru (n=159).

Doplňková škála	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)
	Před terapií	Po terapii	
A	74,85 (11,95)	70,74 (13,52)	4,11 (9,53)
R	49,99 (10,76)	48,08 (11,85)	1,92 (9,66)
Es	31,16 (11,80)	35,81 (12,80)	-4,65 (8,88)
Do	33,49 (10,83)	36,36 (11,95)	-2,87 (9,26)
Re	38,85 (10,40)	37,95 (10,43)	0,90 (7,87)
Ho	59,43 (10,07)	58,92 (10,44)	0,51 (7,14)

Pozn.: Červěně jsou označeny hodnoty naznačující patologii.

Pacienti ve vybraných doplňkových škálách vykazovali v průměru patologické hodnoty před terapií i po terapii ve škále Anxiety (A), Síly Ega (Es) a Dominance (Do).

Graf 4. Průměrné hodnoty celého výzkumného souboru (n=159) v doplňkových škálách MMPI-2 před terapií a po terapii.



5.2 Ověřování hypotéz

H1: U pacientů dochází po podstoupení psychoterapeutické léčby ke zlepšení v celkové symptomatologické zátěži, k poklesu symptomů v somatické oblasti, k redukci neurotických potíží a potíží v sociálním fungování a zvyšuje se sebedůvěra.

Pro zaznamenání celkové symptomatologické zátěže jsme použili globální index závažnosti GSI v SCL-90-R. Dále jsme si stanovili čtyři oblasti, do kterých jsme vybrali jednotlivé škály na základě obsahové analýzy položek.

Somatickou oblast zjišťujeme prostřednictvím škály Zdraví (ZDR) z DŽS a škálami Hypochondrie (Hs), Konverzní hysterie (Hy) a Zájmu o vlastní zdraví (HEA) z MMPI-2. Vybrané položky spolu korelují na hladině významnosti $p < 0,001$, přičemž hodnoty korelace se pohybují od -0,457 do -0,850.

Pro mapování *neurotické oblasti* jsme vybrali škály pouze z MMPI-2, a to škály Deprese (D), Psychastenie (Pt), Úzkost (ANX) a Deprese (DEP). Škály spolu korelují na hladině významnosti $p < 0,001$, hodnoty korelace se pohybují od 0,667 do 0,758.

Potíže v *sociálním fungování* zjišťují škály Psychopatická odchylka (Pd), Paranoia (Pa), Sociální introverze (Si) z MMPI-2 a škála Přátelé, známí a příbuzní (PZP) z DŽS. Zde nejsou všechny vzájemné korelace statisticky významné, pohybují se od 0,089 až 0,417.

Poslední oblast jsme zahrnuli pod označení *sebedůvěra* a zjišťujeme ji pomocí škály Spokojenost s vlastní osobou (VLO) z DŽS, Nízké sebeúcty (LSE), Síly Ega (Es) a Dominance (Do) z MMPI-2. Škály spolu korelují na hladině významnosti $p < 0,001$, hodnoty korelace se pohybují od 0,367 do 0,698.

V následující tabulce 21 uvádíme průměrné hodnoty ve sledovaných škálách u všech pacientů a vypočítané míry efektu (Cohenovo d).

Tab.21 Průměrné hodnoty před terapií a po terapii a míra efektu v daných škálách celého výzkumného souboru (n=159).

Sledovaná oblast	Škála	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)	Cohenovo d
		Před terapií	Po terapii		
Celková symptomatologie	GSI	1,46 (0,63)	1,03 (0,61)	0,43 (0,49)	0,70**
Somatická	ZDR	1,77 (1,00)	2,44 (1,34)	- 0,67 (1,00)	0,57**
	Hs	66,40 (13,08)	61,68 (12,68)	3,43 (8,67)	0,37*
	Hy	65,70 (11,89)	60,72 (12,42)	4,98 (11,44)	0,41**
	HEA	68,84 (13,26)	65,42 (13,35)	3,43 (8,67)	0,26*
Neurotická	D	77,36 (13,42)	70,72 (14,86)	6,64 (12,75)	0,47**
	Pt	76,09 (15,53)	69,91 (15,59)	6,18 (13,06)	0,40**
	ANX	76,24 (11,75)	70,78 (13,41)	5,46 (10,09)	0,43**
	DEP	74,77 (13,26)	67,57 (13,72)	7,21 (11,03)	0,54**
Sociální	Pd	65,42 (12,55)	60,97 (11,69)	4,44 (11,02)	0,37*
	Pa	64,07 (12,07)	58,44 (11,80)	5,63 (10,94)	0,47**
	Si	69,03 (13,52)	66,08 (14,02)	2,95 (9,37)	0,21*
	PZP	2,79 (1,72)	3,08 (1,70)	-0,30 (1,38)	0,17*
Sebedůvěra	VLO	1,79 (1,28)	2,17 (1,34)	-0,38 (1,08)	0,29*
	LSE	74,72 (16,67)	69,98 (17,57)	4,74 (11,78)	0,28*
	Es	31,16 (11,80)	35,81 (12,80)	-4,65 (8,88)	0,38*
	Do	33,49 (10,83)	36,36 (11,95)	-2,87 (9,26)	0,25*

Pozn.: malý efekt ($d \geq .15$ and $< .40$)*, střední efekt ($d \geq .40$ and $< .75$)**, velký efekt ($d \geq .75$ and < 1.10 ***)

Pozn.: U škály ZDR, PZP a VLO platí, že čím vyšší skóre průměrných hodnot, tím vyšší spokojenost s danou oblastí. U všech ostatních škál platí, že čím vyšší skóre, tím vyšší patologie.

Vidíme, že nejvyšší efekt vykazují pacienti na škále GSI, a to 0,70. Střední míru efektu jsme zaznamenali u pacientů také v neurotické oblasti, kde byla v průměru míra efektu nejvyšší, konkrétně na škálách D ($d=0,47$), ANX ($d=0,43$), DEP ($d=0,54$). V somatické oblasti dosáhli pacienti střední míru efektu u škál ZDR ($d=0,57$) a Hy ($d=0,41$), v sociální oblasti pouze u škály Pa ($d=0,47$). Ve všech ostatních škálách zaznamenáváme pouze malou míru efektu.

Pro testování stanovené hypotézy H1 jsme použili ANOVU pro opakovaná měření (GLM-Repeated measures) pro posouzení efektu terapeutické léčby (rozdíl mezi prvním a druhým měřením) u zkoumaných pacientů (tab. 22).

Tab.22 ANOVA pro opakovaná měření (GLM-Repeated measures) s vnitrosubjektovým faktorem času terapie ve sledovaných škálách u celého souboru (n=159).

Sledovaná oblast	Škála	Wilks' lambda	df	F	p
Celková symptomatologie	GSI	0,561	1	123,448	0,000
Somatická	ZDR	0,693	1	70,075	0,000
	Hs	0,824	1	33,843	0,000
	Hy	0,840	1	30,146	0,000
	HEA	0,864	1	24,864	0,000
Neurotická	D	0,786	1	43,130	0,000
	Pt	0,816	1	35,577	0,000
	ANX	0,772	1	46,591	0,000
	DEP	0,699	1	67,907	0,000
Sociální	Pd	0,860	1	25,803	0,000
	Pa	0,790	1	42,078	0,000
	Si	0,909	1	15,744	0,000
	PZP	0,956	1	7,290	0,008
Sebedůvěra	VLO	0,890	1	19,510	0,000
	LSE	0,860	1	25,680	0,000
	Es	0,784	1	43,595	0,000
	Do	0,912	1	15,258	0,000

V tabulce 22 vidíme, že faktor terapeutické léčby má vliv na zlepšení ve všech sledovaných oblastech na hladině významnosti $p < 0,001$, pouze u škály PZP je $p < 0,01$. Na základě těchto výsledků můžeme přijmout hypotézu H1, že **u pacientů dochází po podstoupení psychoterapeutické léčby ke zlepšení celkové symptomatologické zátěže, k poklesu symptomů v somatické oblasti, k redukci neurotických potíží a potíží v sociálním fungování a zvyšuje se sebedůvěra.**

H2: Diagnostická kategorie má vliv na dosažené změny po psychoterapeutické léčbě v celkové symptomatologické závažnosti, v somatické, neurotické a v sociální oblasti fungování a v oblasti sebedůvěry.

Diagnostické kategorie jsme vytvořili tři. Do kategorie „F3“ (n=24) byli zařazeni pacienti s primárně diagnostikovanou poruchou nálady (deprese mírné až střední intenzity). Do skupiny „F4“ (n=66) byli zahrnuti všichni pacienti s diagnostikovanou pouze neurotickou poruchou. Skupina „F6“ (n=69) zahrnuje všechny pacienty, kterým byla diagnostikována porucha osobnosti – i komorbidně (nejčastěji s neurotickou poruchou).

V následující tabulce 23 uvádíme průměrné hodnoty ve sledovaných škálách u pacientů se stanovenými diagnostickými kategoriemi a vypočítané míry efektu (Cohenovo d).

Tab.23 Průměrné hodnoty před terapií a po terapii a míra efektu v daných škálách u diagnostických kategorií F3 (n=24), F4 (n=66) a F6 (n=69).

Sledovaná oblast	Škála	Dg.	Průměr (SD)		Průměrný rozdíl (SD)	Cohenovo d
			Před terapií	Po terapii		
Celková symptomatologie	GSI	F3	1,50 (0,63)	1,10 (0,59)	0,41 (0,44)	0,67**
		F4	1,33 (0,60)	0,88 (0,60)	0,45 (0,52)	0,76***
		F6	1,57 (0,65)	1,14 (0,60)	0,42 (0,48)	0,69**
Somatická	ZDR	F3	1,67 (0,87)	2,58 (1,31)	-0,92 (1,06)	0,84***
		F4	1,73 (1,06)	2,56 (1,41)	-0,83 (1,09)	0,67**
		F6	1,86 (0,99)	2,28 (1,29)	-0,42 (0,85)	0,37*
	Hs	F3	65,96 (12,76)	61,96 (13,95)	4,00 (8,19)	0,31*
		F4	67,36 (12,83)	62,18 (11,86)	5,18 (11,37)	0,42**
		F6	65,62 (13,54)	61,10 (13,14)	4,52 (9,81)	0,34*
	Hy	F3	66,21(10,71)	61,71(12,25)	4,50 (8,23)	0,40**
		F4	65,91 (11,65)	61,23 (12,09)	4,68 (13,48)	0,40**
		F6	65,32 (12,64)	59,88 (12,91)	5,44 (10,35)	0,43**
	HEA	F3	67,33(13,14)	64,17(14,88)	3,17 (6,93)	0,23*
		F4	70,38 (13,21)	65,32 (11,77)	5,06 (9,60)	0,41**
		F6	67,90 (13,38)	65,94 (14,35)	1,96 (8,08)	0,14 ⁿ
Neurotická	D	F3	79,67(13,10)	74,33(13,40)	5,33 (10,75)	0,41**
		F4	75,91 (12,69)	67,08 (13,86)	8,83 (13,09)	0,67**
		F6	77,96 (14,22)	72,96 (15,70)	5,00 (12,93)	0,34*
	Pt	F3	78,58(14,91)	73,92(17,32)	4,67 (11,86)	0,29*
		F4	73,38 (14,32)	65,82 (15,23)	7,56 (13,62)	0,52**
		F6	77,81 (14,39)	72,43 (14,61)	5,38 (12,96)	0,37*
	ANX	F3	77,83(11,66)	72,92(13,52)	4,92 (8,91)	0,40**
		F4	73,85 (11,59)	66,53 (12,72)	7,32 (10,86)	0,61**
		F6	77,97 (11,69)	74,10 (13,09)	3,87 (9,53)	0,31*
	DEP	F3	78,83(13,87)	70,25(14,00)	8,58 (14,38)	0,63**
		F4	72,58 (12,18)	63,29 (11,62)	9,29 (10,70)	0,79***
		F6	75,46 (13,81)	70,72 (15,53)	4,74 (9,60)	0,32*
Sociální	Pd	F3	65,29(11,53)	63,38(9,66)	1,92 (9,58)	0,19*
		F4	63,58 (12,02)	58,48 (11,03)	5,09 (11,19)	0,45**
		F6	67,22 (13,28)	62,52 (12,62)	4,70 (11,35)	0,37*
	Pa	F3	63,46(10,69)	59,42(11,34)	4,04 (10,21)	0,37*
		F4	62,24 (13,11)	55,20 (10,90)	7,05 (10,67)	0,59**
		F6	66,03 (11,33)	61,20 (12,18)	4,83 (11,43)	0,41**
	Si	F3	71,42(14,29)	68,88(14,64)	2,54 (4,95)	0,18*
		F4	67,41 (13,78)	62,39 (12,91)	5,02 (9,55)	0,38*
		F6	69,74 (13,00)	68,62 (14,22)	1,12 (10,05)	0,08 ⁿ
	PZP	F3	2,71 (1,33)	3,42 (1,67)	-0,71 (1,83)	0,48**
		F4	2,98 (1,90)	3,30 (1,85)	-0,32 (1,35)	0,17*
		F6	2,62 (1,65)	2,75 (1,53)	-0,13 (1,21)	0,08 ⁿ

Sebedůvěra	VLO	F3	1,38 (0,88)	1,67 (1,20)	-0,29 (1,00)	0,28*
		F4	1,98 (1,36)	2,52 (1,36)	-0,53 (1,01)	0,40**
		F6	1,75 (1,29)	2,01 (1,29)	-0,26 (1,16)	0,20*
	LSE	F3	81,46 (16,87)	75,00 (18,44)	6,46 (11,89)	0,37*
		F4	70,27 (16,75)	63,89 (15,41)	6,38 (11,50)	0,40**
		F6	76,62 (15,55)	74,06 (17,70)	2,57 (11,83)	0,15*
	Es	F3	29,33 (11,61)	34,33 (13,88)	-5,00 (8,79)	0,40**
		F4	32,52 (12,21)	38,36 (11,98)	-5,85 (9,85)	0,49**
		F6	30,49 (11,50)	33,87 (12,94)	-3,38 (7,82)	0,28*
	Do	F3	32,50 (10,78)	35,17 (12,71)	-2,67 (7,94)	0,23*
		F4	33,80 (9,66)	38,11 (10,60)	-4,30 (8,29)	0,43**
		F6	33,54 (11,97)	35,10 (12,83)	-1,57 (10,41)	0,13 ⁿ

Pozn.: žádný efekt ⁿ, malý efekt ($d \geq .15$ and $< .40$)*, střední efekt ($d \geq .40$ and $< .75$)**, velký efekt ($d \geq .75$ and < 1.10)***

Pozn.: U škály ZDR, PZP a VLO platí, že čím vyšší skóre průměrných hodnot, tím vyšší spokojenost s danou oblastí. U všech ostatních škál platí, že čím vyšší skóre, tím vyšší patologie.

Pro ověření hypotézy jsme použili ANOVU pro opakovaná měření s vnitrosubjektovým faktorem diagnostické kategorie.

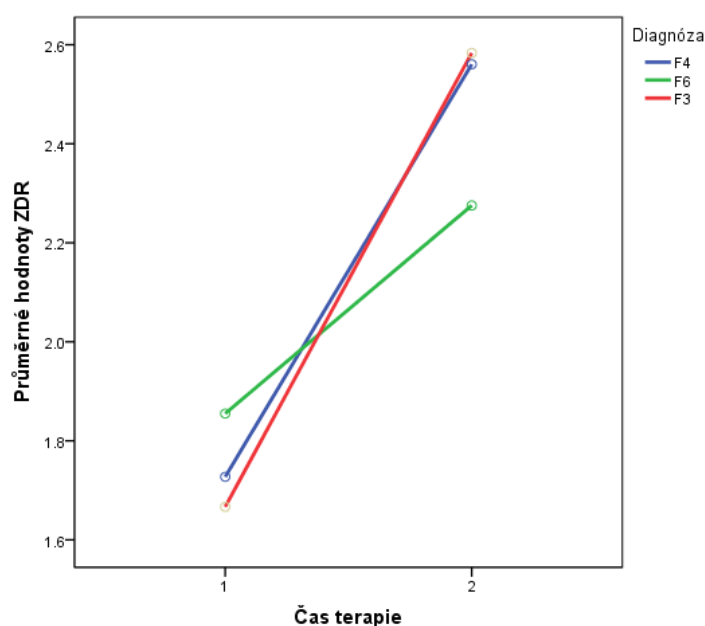
Tab.24 ANOVA pro opakovaná měření s vnitrosubjektovým faktorem diagnostické kategorie.

Sledovaná oblast	Škála	Wilks' lambda	df	F	p
Celková symptomatologie	GSI	0,999	2	0,086	0,918
Somatická	ZDR	0,953	2	3,865	0,023
	Hs	0,998	2	0,138	0,871
	Hy	0,999	2	0,097	0,908
	HEA	0,972	2	2,209	0,113
Neurotická	D	0,979	2	1,687	0,188
	Pt	0,992	2	0,658	0,519
	ANX	0,975	2	2,040	0,134
	DEP	0,961	2	3,174	0,045
Sociální	Pd	0,990	2	0,760	0,469
	Pa	0,987	2	0,991	0,373
	Si	0,963	2	3,020	0,052
	PZP	0,980	2	1,587	0,208
Sebedůvěra	VLO	0,986	2	1,147	0,320
	LSE	0,974	2	2,097	0,126
	Es	0,983	2	1,336	0,266
	Do	0,981	2	1,491	0,228

V tabulce 24 vidíme, že diagnostická kategorie v interakci s terapeutickou léčbou má vliv na výsledky pouze u škály ZDR a DEP. Na hranici 5% hladiny významnosti je škála Si.

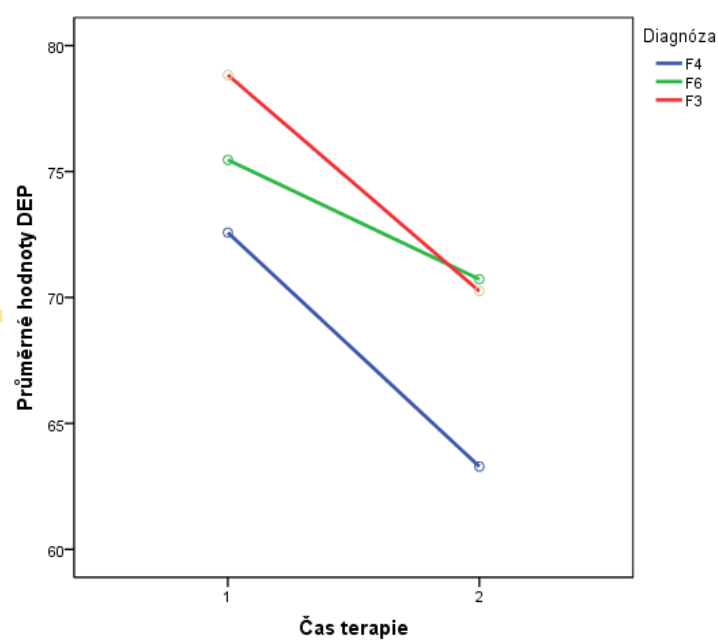
V dimenzi ZDR dosáhli po terapii velkou míru efektu pacienti s F3 ($d=0,84$), střední míru efektu pacienti s F4 ($d=0,67$) a malou míru efektu pacienti s F6 ($d=0,37$), přičemž rozdíl mezi skupinami je signifikantní (Wilks' lambda=0,953, $F(2, 156)=3,865$, $p=0,023$). Rozdíly v průměrných hodnotách před léčbou a po léčbě ukazuje graf 5.

Graf 5. Rozdíly průměrných hodnot škály ZDR před a po terapii mezi diagnózami F3, F4 a F6.



Signifikantní rozdíl (Wilks' lambda=0,961, $F(2, 156)=3,174$, $p=0,045$) mezi diagnostickými skupinami byl nalezen na škále zjišťující symptomatickou depresi DEP. Vysokou míru efektu jsme zaznamenali u pacientů s F4 ($d=0,79$), střední u pacientů s F3 ($d=0,63$) a nízký efekt byl u pacientů s F6 ($d=0,32$). Graf 6 zobrazuje průměrné hodnoty diagnostických skupin.

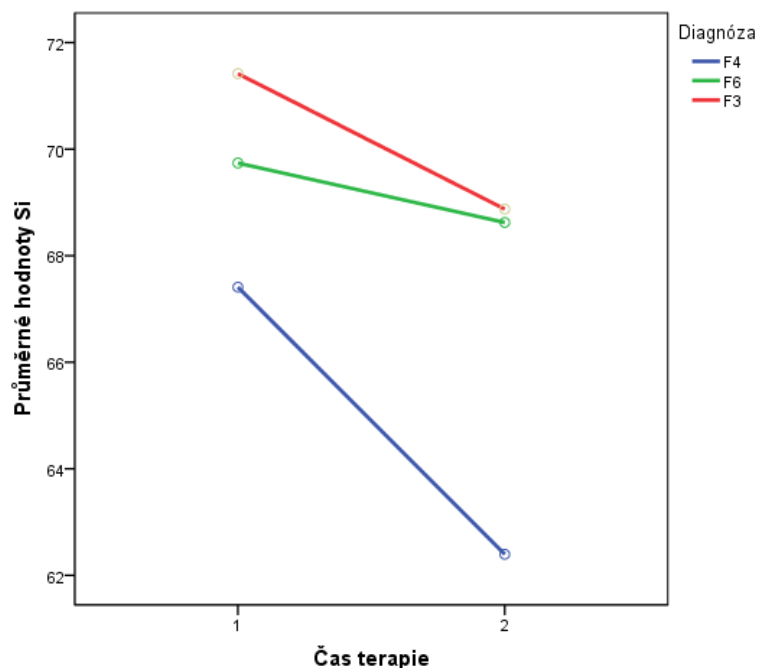
Graf 6. Rozdíly průměrných hodnot škály DEP před a po terapii mezi diagnózami F3, F4 a F6.



Na hranici 5% hladiny významnosti je škála Si (Wilks' lambda = 0,961, $F(2, 156)=3,174$, $p=0,052$), která mapuje určitou nepohodu v sociálních situacích nebo špatné sociální dovednosti.

I když ANOVA pro opakovaná měření ukázala malou statistickou významnost, domníváme se, že je výsledek zajímavý, jak ukazuje následující graf 7. U pacientů s F4 došlo v Si k malé míře efektu ($d=0,38$), stejně tak u pacientů s F3 ($d=0,18$), avšak u pacientů s F6 nedošlo k efektu žádnému ($d=0,08$).

Graf 7. Rozdíly průměrných hodnot škály Si před a po terapii mezi diagnózami F3, F4 a F6.



K žádnému efektu ($d < 0,15$) po léčbě nedošlo pouze u skupiny pacientů s F6, a to ve škálách HEA ($d=0,14$), Si ($d=0,08$), PZP ($d=0,08$) a Do ($d=0,13$). Na hranici žádného a malého efektu byla škála LSE ($d=0,15$). U pacientů s F3 nebo F4 došlo vždy nejméně k malému efektu.

Velký efekt ($d > 0,74$) byl zaznamenán u pacientů s F4 ve škálách GSI ($d=0,76$) a DEP ($d=0,79$), u pacientů s F3 ve škále ZDR ($d=0,84$) a u pacientů s F6 nebyl velký efekt zaznamenán v žádné škále.

Na závěr musíme konstatovat, že diagnóza má ve výsledcích terapie vliv jen na některé oblasti lidského fungování, tudíž hypotézu H4, že **diagnostická kategorie má vliv na dosažené změny po psychoterapeutické léčbě v celkové symptomatologické závažnosti, v somatické, neurotické a sociální oblasti fungování a v oblasti sebedůvěry, můžeme přijmout jen částečně**. Diagnóza má v terapii vliv na velikost změny v oblasti spokojenosti se zdravím (ZDR) a na velikost změny v oblasti depresivní symptomatologie (DEP).

H3: Skupiny pacientů s různými výsledky léčby z hlediska celkové symptomatologické závažnosti se neliší v sociodemografických charakteristikách (pohlaví, věk, rodinný stav a vzdělání).

Pro rozdělení pacientů na skupiny dle výsledků léčby jsme se drželi ukazatele celkové symptomatologické závažnosti neboli indexu GSI v SCL-90-R. Index spolehlivé změny (RCI) jsme stanovili na 0,31 a společné (pro muže i ženy) cut-off skóre na 0,96⁶. Hodnoty jsme převzali ze studie Bieščada (2006) vypočítané pro slovenskou populaci. S použitím cut-off skóre ($c=0,96$) jsme zjistili, že před léčbou spadalo do dysfunkční populace 76,1% ($n=121$), po léčbě 49,7% ($n=79$) pacientů, přičemž tento pokles je statisticky významný ($\chi^2=23,77$, $df=1$, $p=0,000$).

Tab.25 Rozložení pacientů celého výzkumného souboru ($n=159$) dle zařazení do dysfunkční populace před léčbou a po léčbě z hlediska GSI SCL-90-R.

Dysfunkční populace	ANO	NE	χ^2 -kvadrát ($df=1$)	p
Před léčbou	121 (76,1%)	38 (23,9%)	23,77	0,000
Po léčbě	79 (49,7%)	80 (50,3%)		

Rozložení pacientů celého výzkumného souboru (viz tab.26) z hlediska klasifikace dle kategorií statisticky a klinicky signifikantní změny dle Jacobsona a Truaxe (1991) nám ukazuje, že u 3,8% pacientů došlo ke zhoršení stavu v celkové závažnosti příznaků, u 38,4% nedošlo k žádné významné změně, 24,5% pacientů se statisticky zlepšilo a 33,3% pacientů můžeme považovat za výrazně zlepšené.

Tab.26 Celkové rozložení pacientů ($n=159$) z hlediska kategorií statisticky a klinicky signifikantní změny v celkové symptomatologické závažnosti (GSI – SCL-90-R).

	Bez změny % (n)	Zlepšení % (n)	Výrazně zlepšení % (n)	Zhoršení % (n)
Celkové rozložení ($n=159$)	38,4% (61)	24,5% (39)	33,3% (53)	3,8% (6)

Pacientů, u kterých došlo ke zlepšení nebo k výraznému zlepšení, je tedy 57,8% ($n=92$) a těch, kteří zůstali beze změny nebo se zhoršili, je 42,2% ($n=67$). Tyto dvě skupiny s různými výsledky léčby jsme použili k ověření hypotézy.

⁶ Výpočet RCI a stanovení cut-off skóre je uveden v teoretické části na str. 36.

Tab.27 Rozdíly mezi skupinami pacientů zlepšených a výrazně zlepšených a zhoršených a beze změny z hlediska GSI (SCL-90-R) rozdělených dle demografických charakteristik.

Demografický údaj		Četnost (n=159)	Beze změny a zhoršení (n=67)	Zlepšení a výrazně zlepšení (n=92)	chí-kvadrát (df)	p
Pohlaví	Muži	46	43,5% (20)	56,5%(26)	0,83 (1)	0,482
	Ženy	113	41,6% (47)	58,4%(66)		
Věk	19-30 let	53	56,6% (30)	43,4% (23)	10,45 (3)	0,015
	31-40 let	45	24,4% (11)	75,6% (34)		
	41-50 let	36	44,4% (16)	55,6% (20)		
	51-62 let	25	40,0% (10)	60,0% (15)		
Rodinný stav	Svobodní	79	49,4% (39)	50,6% (40)	5,33 (2)	0,070
	V manželství	54	29,6% (16)	70,4% (38)		
	Rozvedení	26	46,2% (12)	53,8% (14)		
Vzdělání	ZŠ	8	50,0% (4)	50,0% (4)	0,89 (3)	0,827
	SOU	16	50,0% (8)	50,0% (8)		
	SŠ	79	39,2% (31)	60,8% (48)		
	VŠ	56	42,9% (24)	57,1% (32)		

V tabulce 27 vidíme, že se skupiny zlepšených a nezlepšených pacientů signifikantně (chí-kvadrát=10,45, df=3, p=0,015) liší v procentuálním zastoupení z hlediska věkových kategorií. Nejvíce zlepšených pacientů (75,6%) pochází z věkové kategorie 31-40 let. V této věkové kategorii zůstalo beze změny pouze 24,4% pacientů.

Závěrem lze konstatovat, že rozdíly mezi skupinami se prokázaly být signifikantní u rozdělení pacientů z hlediska věkové kategorie, a proto nemůžeme přijmout hypotézu H3, že **skupiny pacientů s různými výsledky léčby z hlediska celkové symptomatologické závažnosti se neliší v sociodemografických charakteristikách (pohlaví, věk, rodinný stav a vzdělání).**

H4: Pacienti vstupující do terapie s nižší úrovní patologie zůstávají po terapii z hlediska celkové symptomatologické závažnosti častěji beze změny oproti pacientům, kteří vstupují do terapie s více patologickými hodnotami.

Pro ověřování hypotézy jsme vybrali pouze škály z MMPI-2. Sledovali jsme všechny klinické škály, kromě škály Mf (maskulinita-feminita), která nezjišťuje patologii. Z obsahových škál jsme vybrali škály zjišťující generalizovanou úzkost (ANX), symptomatologickou depresi (DEP), nízkou sebeúctu a negativní sebepojetí (LSE). Dále jsme sledovali škálu, která mapuje problémy v rodině (např. nedostatek lásky a podpory; FAM), škálu postihující potíže v pracovním výkonu a nespokojenosti s prací (WRK) a škálu, která zjišťuje negativní postoj k terapii (TRT). Z doplňkových škál jsme zařadili škálu měřící úzkostnost, jakožto rys osobnosti (A) a škálu měřící obecný faktor schopnosti integrace osobnosti nebo sílu Ega (Es).

Nejprve jsme určili četnost pacientů v počátečních hodnotách v patologickém (T-skóre > 70) a normálním (T-skóre < 70) pásmu vybraných škál. Poté jsme zjistili četnost a procentuální zastoupení těchto dvou skupin ve skupině pacientů po léčbě zlepšených nebo výrazně zlepšených (n=92) a ve skupině pacientů zůstávajících po léčbě beze změny (n=61).

Tab.28 Rozdíly ve vstupních hodnotách vybraných klinických, obsahových a doplňkových škál MMPI-2 u skupin pacientů beze změny (n=61) a zlepšených a výrazně zlepšených (n=92).

Škála	Hodnota T-skóre	Procento a četnost (n=153)	Beze změny (n=61)	Zlepšení a výrazně zlepšení (n=92)	chí-kvadrát (df=1)	p
Hs	Patologická	41,8% (64)	34,4% (22)	65,6% (42)	1,39	0,239
	Normální	58,2% (89)	43,8% (39)	56,2% (50)		
D	Patologická	71,9% (110)	33,6% (37)	66,4% (73)	6,34	0,012
	Normální	28,1% (43)	55,8% (24)	44,2% (19)		
Hy	Patologická	34,0% (52)	40,4% (21)	59,6% (31)	0,01	0,926
	Normální	66,0% (101)	39,6% (40)	60,4% (61)		
Pd	Patologická	35,3% (54)	22,2% (12)	77,8% (42)	10,84	0,001
	Normální	64,7% (99)	49,5% (49)	50,5% (50)		
Pa	Patologická	26,8% (41)	22,0% (9)	78,0% (32)	7,50	0,006
	Normální	73,2% (112)	46,4% (52)	53,6% (60)		
Pt	Patologická	66,0% (101)	34,7% (35)	65,3% (66)	3,37	0,066
	Normální	34,0% (52)	50,0% (26)	50,0% (26)		
Si	Patologická	51,6% (79)	31,6% (25)	68,4% (54)	4,61	0,032
	Normální	48,4% (74)	48,6% (36)	51,4% (38)		
ANX	Patologická	77,1% (118)	31,4% (37)	68,6% (81)	15,59	0,000
	Normální	22,9% (35)	68,6% (24)	31,4% (11)		
DEP	Patologická	68,6% (105)	31,4% (33)	68,6% (72)	9,946	0,002
	Normální	31,4% (48)	58,3% (28)	41,7% (20)		

LSE	Patologická	56,9% (87)	29,9% (26)	70,1% (61)	8,39	0,004
	Normální	43,1% (66)	53,0% (35)	47,0% (31)		
FAM	Patologická	51,0% (78)	30,8% (24)	69,2% (54)	5,50	0,019
	Normální	49,0% (75)	49,3% (37)	50,7% (38)		
WRK	Patologická	66,0% (101)	26,7% (27)	73,3% (74)	21,39	0,000
	Normální	34,0% (52)	65,4% (34)	34,6% (18)		
TRT	Patologická	45,8% (70)	31,4% (22)	68,6% (48)	3,84	0,050
	Normální	54,2% (83)	47,0% (39)	53,0% (44)		
A	Patologická	68,6% (105)	32,4% (34)	67,6% (71)	7,83	0,005
	Normální	31,4% (48)	56,3% (27)	43,8% (21)		
Es	Patologická	75,2% (115)	33,9% (39)	66,1% (76)	6,85	0,009
	Normální	24,8% (38)	57,9% (22)	42,1% (16)		

Analýza odhalila, že proporce jedinců ve skupinách „zlepšených a výrazně zlepšených“ a „beze změny“ se z hlediska jejich vstupních hodnot signifikantně liší ve 12 škálách ze sledovaných 15.

Na hladině významnosti $p < 0,001$ jsou rozdíly mezi skupinami ve škále ANX a WRK. U škály ANX můžeme pozorovat, že se zlepšilo 68,6% pacientů, kteří vstupovali do terapie s patologickými hodnotami oproti 41,7% pacientů, kteří do terapie vstupovali s hodnotami normálními. Pacienti zůstávající po terapii beze změny měli při vstupu do terapie hodnoty v 68,6% v normálním pásmu.

U škály WRK se ukazuje, že se zlepšilo 73,3% pacientů, kteří vstupovali do terapie s patologickými hodnotami, oproti 34,6% pacientům, kteří měli před zahájením terapie hodnoty normální. Pacienti po terapii beze změny vstupovali s normálními hodnotami do terapie v 65,4%.

Ve škálách Pd, Pa, DEP, LSE, Es a A se skupiny liší na hladině významnosti $p < 0,01$. Na hladině významnosti $p < 0,05$ se skupiny liší ve škálách D, Si, FAM a TRT.

Na základě výše uvedeného můžeme hypotézu H4 předpokládající, že **pacienti vstupující do terapie s nižší úrovní patologie, zůstávají po terapii z hlediska celkové závažnosti symptomatologie častěji beze změny než pacienti, kteří vstupují do terapie s více patologickými hodnotami, přijmout jen částečně.**

6 Explorační část

Při ověřování hypotéz jsme si předem stanovili oblasti, které jsme podrobili zkoumání, tudíž jsme nepracovali se všemi daty, které máme k dispozici. U hypotézy H3 jsme zjistili signifikantní vliv věkové kategorie na výsledky léčby. Zajímá nás tedy, v jakých konkrétních oblastech se vliv věku na výsledky terapeutické léčby projevuje.

Vliv pohlaví na terapeutické výsledky se sice neprokázal, ale jelikož je téma pohlaví v psychoterapii často diskutováno, zajímá nás, jestli přece jen existují konkrétní oblasti, ve kterých se difference mezi pohlavími projevují.

Z výše uvedeného tedy vyplývají dvě otázky, na něž budeme v následující části hledat odpovědi:

1. V jakých oblastech má věková kategorie vliv na výsledky terapeutické léčby?
2. V jakých oblastech se projeví vliv pohlaví na výsledky terapeutické léčby?

1. Vliv věku na terapeutickou léčbu

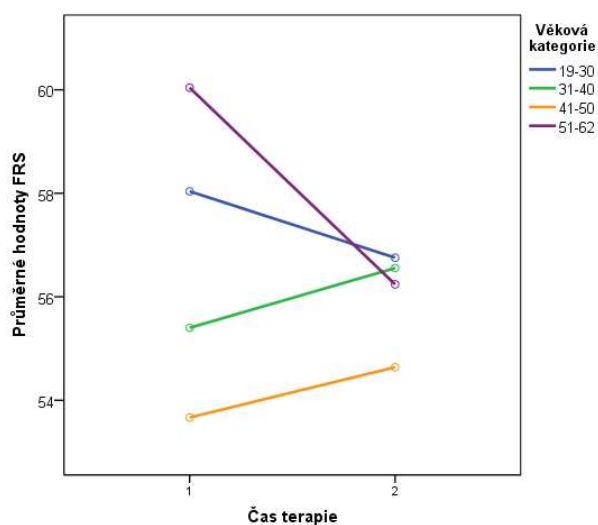
Pro zjištění vlivu věku na terapeutickou léčbu jsme použili ANOVU pro opakovaná měření s vnitrosubjektovým faktorem věkové kategorie. Analýze jsme postupně podrobili všechna získaná data z nástrojů měření SCL-90-R, DŽS a MMPI-2. Do tabulky 29 jsme zařadili pouze ty škály, kde se potvrdil signifikantní rozdíl ve výsledcích mezi věkovými kategoriemi.

Tab. 29 ANOVA pro opakovaná měření s vnitrosubjektovým faktorem věkové kategorie.

Škála	Wilks' lambda	df	F	p
FRS	0,938	3	3,415	0,019
BIZ	0,945	3	2,999	0,032
ASP	0,944	3	3,068	0,030
TPA	0,936	3	3,549	0,016
LSE	0,935	3	3,589	0,015

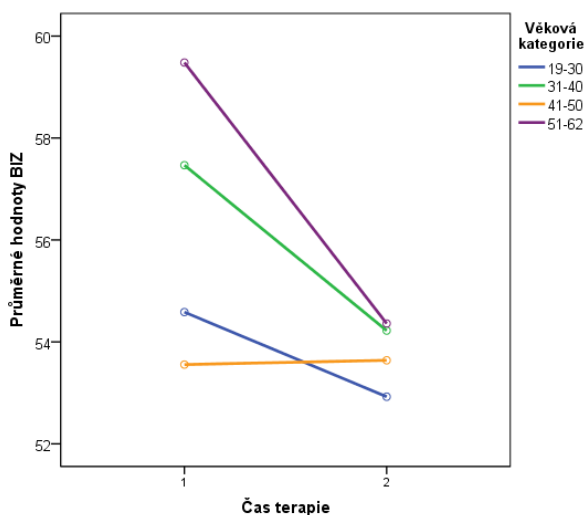
Rozdíly ($p < 0,05$) byly zachyceny pouze v obsahových škálách MMPI-2, a to konkrétně ve škále zjišťující Strachy (FRS), Bizarní psychické aktivity (BIZ), Antisociální chování (ASP), Chování typu A (TPA) a Sebeúctu (LSE). Abychom získali lepší orientaci mezi výsledky stanovených čtyř věkových kategorií, přistoupili jsme ke grafickému znázornění v následujících grafech.

Graf.8 Rozdíly průměrných hodnot škály FRS před a po terapii mezi věkovými kategoriemi.



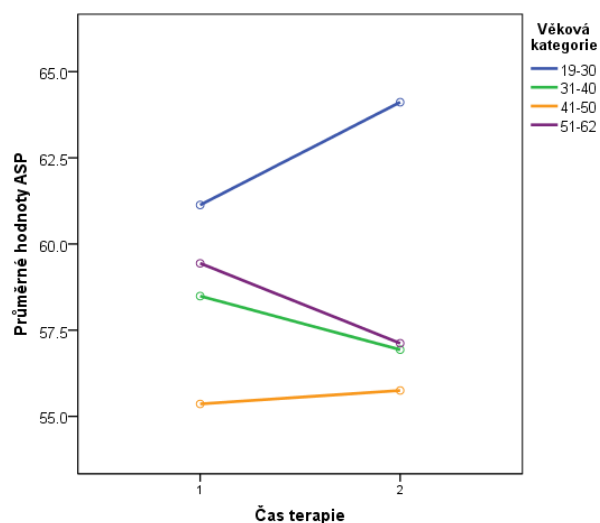
V grafu 8 sledujeme, že na škále FRS měřící úroveň specifických strachů či fobií dochází k jejímu poklesu u pacientů ve věku 51-62 let a 19-30 let. U ostatních dvou kategorií dochází k mírnému vzestupu směrem k patologičtějším hodnotám, ovšem žádná skupina nepřesáhla hranici $T > 70$, tzn. průměrné hodnoty nejsou v patologickém pásmu. Rozdíly mezi kategoriemi jsou signifikantní ($F(3, 155) = 3,415$, $p = 0,019$). Malý efekt ($d = 0,26$) nastal pouze u nejstarší věkové kategorie 51-62 let. U ostatních skupin nedošlo k žádnému efektu.

Graf.9 Rozdíly průměrných hodnot škály BIZ před a po terapii mezi věkovými kategoriemi.



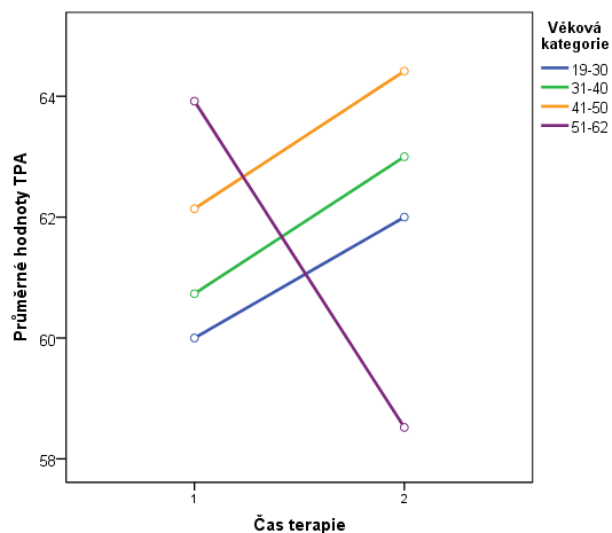
Na škále BIZ došlo v porovnání mezi skupinami k nejvyššímu efektu u věkové kategorie 51-62 let ($d = 0,59$), jak vidíme v grafu 9. U kategorie 19-30 let došlo k malému efektu ($d = 0,19$), stejně tak u 31-40 let ($d = 0,27$). Ve skupině pacientů ve věku 41-50 let nedošlo k efektu žádnému ($d = 0,01$). Skupiny se liší signifikantně ($F(3, 155) = 2,999$, $p = 0,032$).

Graf.10 Rozdíly průměrných hodnot škály ASP před a po terapii mezi věkovými kategoriemi.



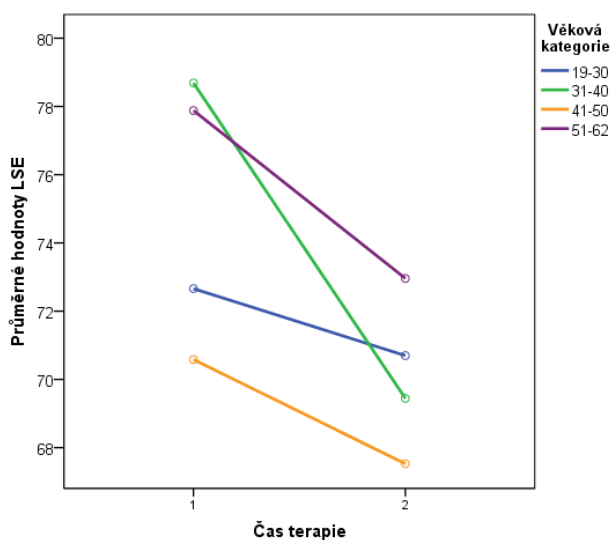
Ve škále postihující antisociální chování (ASP) dochází k vzestupu směrem k patologickým hodnotám u věkové kategorie 19-30 let ($d=0,30$) (viz graf 10). K malému efektu ($d=0,21$) ve směru úbytku patologie došlo u pacientů ve věku 51-62 let. U ostatních skupin nedošlo k efektu žádnému, přičemž rozdíly mezi všemi stanovenými věkovými kategoriemi jsou signifikantní ($F(3, 155)=3,068, p=0,030$).

Graf.11 Rozdíly průměrných hodnot škály TPA před a po terapii mezi věkovými kategoriemi.



Ve škále TPA se velmi výrazně odlišuje skupina pacientů ve věku 51-62 let od ostatních skupin (viz graf 11), protože u té jediné dochází k poklesu skóre, a to na úrovni malého efektu ($d=0,38$). U ostatních dochází k mírnému nárůstu hodnot ve směru zvýšení patologie, ovšem všechny dosahují míru efektu na hranici malého a žádného efektu. Diference mezi skupinami se ukázaly být signifikantní ($F(3, 155)=3,549, p=0,016$).

Graf. 12 Rozdíly průměrných hodnot škály LSE před a po terapii mezi věkovými kategoriemi.



V grafu 12 vidíme, že v našem výzkumném souboru měli nejnižší sebeúctu pacienti ve věku 31-40 let, přičemž právě tato skupina dosáhla v porovnání s ostatními nejvyššího efektu ($d=0,54$). U kategorie 19-30 let nedošlo k žádnému efektu ($d=0,12$), u 41-50 let byl efekt malý ($d=0,18$), stejně tak v kategorii 51-62 let ($d=0,29$). Nejméně patologické hodnoty v oblasti sebeúcty měli pacienti ve věku 41-50 let. Skupiny se mezi sebou liší signifikantně ($F(3, 155)=3,589, p=0,015$).

2. Vliv pohlaví na terapeutickou léčbu

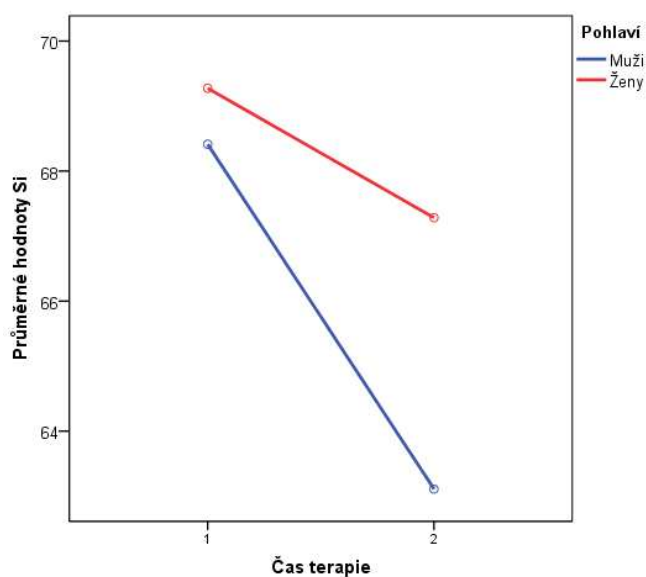
Pro zjištění vlivu pohlaví na terapeutickou léčbu jsme použili ANOVU pro opakovaná měření s vnitrosubjektovým faktorem pohlaví. Stejně jako při zkoumání vlivu věku na výsledky léčby v předchozím oddíle jsme analýze postupně podrobili všechna získaná data z nástrojů měření SCL-90-R, DŽS a MMPI-2. V tabulce 30 jsou pouze ty škály, u kterých se ve výsledcích potvrdil mezi muži a ženami signifikantní rozdíl.

Tab. 30 ANOVA pro opakovaná měření s vnitrosubjektovým faktorem pohlaví.

Škála	Wilks' lambda	df	F	p
Si	0,896	1	20,199	0,043
BIZ	0,948	1	8,589	0,004
SOD	0,942	1	9,616	0,002

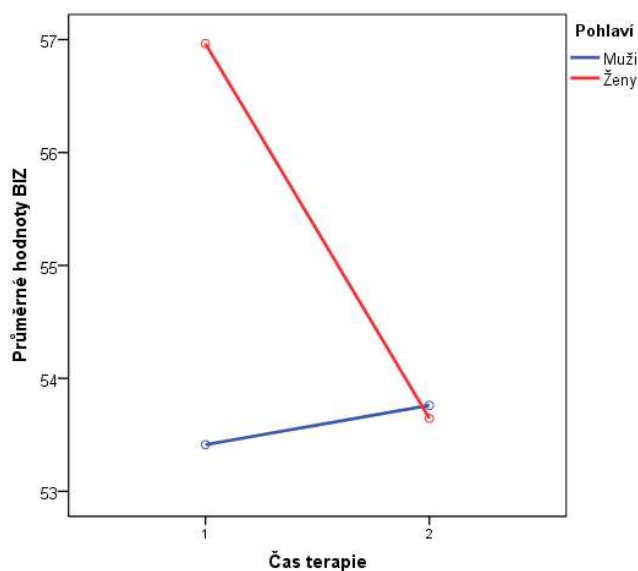
Muži a ženy se liší na $p<0,05$ v klinické škále Si mapující sociální introverzi a na $p<0,01$ v obsahových škálách BIZ (Bizarní psychické aktivity) a SOD (Sociální nepohoda). Opět pro lepší porozumění prezentujeme výsledky v grafech.

Graf.13 Rozdíly průměrných hodnot škály Si před a po terapii u mužů a žen.



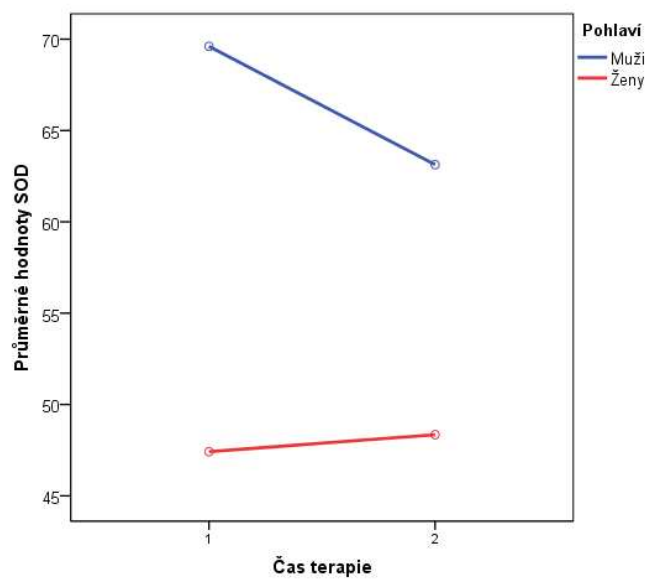
Po léčbě došlo k výraznějšímu efektu na škále Si u mužů ($d=0,44$) než u žen, u kterých nedošlo k efektu žádnému ($d=0,14$), přičemž tento rozdíl je signifikantní ($F(1, 157)=20,199, p=0,043$). V průměru se však hodnoty ani u jednoho pohlaví nepohybují v patologickém pásmu (viz graf 13).

Graf.14 Rozdíly průměrných hodnot škály BIZ před a po terapii u mužů a žen.



V grafu 14 můžeme pozorovat mezi pohlavími signifikantní ($F(1, 157)=8,589, p=0,004$) rozdílné tendence před a po terapii v hodnotách na škále BIZ. U mužů nedochází k žádnému efektu ($d=0,04$) a tendence je spíše ve směru k patologii stoupající, u žen dochází v úbytku patologie k malému efektu ($d=0,31$).

Graf.15 Rozdíly průměrných hodnot škály SOD před a po terapii u mužů a žen.



Ve škále SOD se opět liší muži a ženy signifikantně ($F(1, 157)=9,616$, $p=0,002$). Muži mají výrazně patologičtější jak počáteční, tak konečné hodnoty, přičemž dosahují po léčbě efektu $d=0,44$. U žen se neprojevil efekt žádný ($d=0,07$).

7 Diskuse

7.1 Diskuse výsledků

Prokázalo se, že po absolvování terapeutické léčby dochází u pacientů ke zlepšení ve všech sledovaných oblastech na 1% hladině významnosti. Nejvýrazněji se u pacientů projevila změna ve směru zlepšení v posouzení subjektivní celkové závažnosti symptomatologických projevů měřených prostřednictvím GSI v SCL-90-R ($d=0,70$). Rozložení pacientů spadajících do dysfunkčního pásma (v GSI) se po terapii signifikantně ($p<0,001$) změnilo oproti počátečnímu stavu. Z hlediska konceptu klinicky signifikantní změny dospělo v symptomatologické závažnosti ke zlepšení nebo k výraznému zlepšení 57,8% pacientů. Beze změny zůstalo nebo se zhoršilo celkem 42,2% pacientů. Tato zjištění se shodují s výsledky Jensena, Mortensena a Lotze (2010), kteří v Dánsku uskutečnili naturalistický výzkum, jež je svým designem srovnatelný s naším. Psychodynamické skupinové terapie o 39 sezeních bylo podrobena 236 pacientů. Míra efektu v GSI dosáhla u pacientů velikosti $d=0,74$ a z hlediska koncepce klinicky signifikantní změny došlo v jejich souboru ke zlepšení nebo k výraznému zlepšení u 64,8% pacientů, beze změny zůstalo nebo se zhoršilo 35,2%. Je ale důležité podotknout, že autoři studie použili pro výpočet klinicky signifikantní změny mírnější RCI (0,16 oproti našemu 0,31). Je tedy pravděpodobné, že s naším přísnějším RCI bychom se ve výsledném procentuálním zastoupení přiblížili více.

Při zkoumání vlivu diagnostické kategorie na výslednou účinnost terapie jsme odhalili dvě oblasti (spokojenost s vlastním zdravím - ZDR a deprese - DEP), ve kterých se vliv projevil signifikantně ($p<0,05$) v neprospěch pacientů s diagnostikovanou specifickou poruchou osobnosti (F6) oproti pacientům s neurotickou (F4) nebo s afektivní poruchou (F3). „Depresi“ jsme zjišťovali pomocí dvou škál v MMPI-2, a to pomocí D a DEP, přičemž signifikantní rozdíl se projevil pouze u DEP. Obsahová škála DEP posuzuje aktuálně prožívanou symptomatickou depresi, zatímco klinická škála D posuzuje spíše určitý depresivní rys osobnosti, který se promítá do většiny chování a psychopatologie pacienta (Hathaway, McKinley, 2002). Tento rozdíl v hodnotách obou škál je vysvětlitelný délkou psychoterapie, která není dostatečně dlouhá na to, aby u klientů došlo k charakterovým změnám (viz Kopta a kol., 1994).

Při komentování výsledků v DŽS je problematické hovořit o „nárůstu spokojenosti“, jelikož průměrné hodnoty na začátku i na konci terapie jsou na Likertově škále v pásmu nespokojenosti (viz kapitola 5.1.2, str. 64). Bylo by tedy vhodnější komentovat změny spíše jako „snížení míry nespokojenosti“. Na škále spokojenosti se zdravím (ZDR) nejlépe zareagovali na léčbu pacienti s depresivními potížemi (F3), kteří dosahovali vysoké míry efektu ($d=0,84$), přičemž takto

vysoký efekt byl zachycen pouze v tomto případě. Je zajímavé, že ve škále zájmu o vlastní zdraví (HEA) v MMPI-2, která také zjišťuje postoj ke svému zdravotnímu stavu, dosáhli depresivní pacienti jen malého efektu ($d=0,23$). Možným vysvětlením by mohlo být, že hodnota HEA je vypočítána na základě odpovědí v 36 položkách, které se ptají více konkrétně, navíc v dimenzích ano-ne, zatímco ve škále ZDR pacient posuzuje svou obecnou spokojenost v 7 oblastech a odpověď vybírá na škále pěti úrovní ne/spokojenosti. Mohlo by to tedy znamenat, že příznaky sice mohou přetrvávat, ale jejich intenzita se snižuje.

Pacienti s afektivní poruchou (F3) dospěli také k nejvyšším efektům ve snížení nespokojenosti se svými vztahy (PZP). Pokud se podíváme na výsledky v sociální oblasti, tak vidíme, že v ostatních dimenzích zjišťujících sociální fungování pacienti s depresemi (F3) neprodělali významné zlepšení oproti ostatním diagnostickým kategoriím, ale přitom nespokojenost se sociálními vztahy u nich klesla nejvíce. Možná je zde analogie se škálami ZDR a HEA.

Podle Bowlbyho (Fonagy, Target, 2005) si dítě vytváří očekávání o chování ostatních na základě zkušenosti z dřívější interakce s osobou, jež byla objektem přimknutí. Pokud tato osoba, nejčastěji matka, dítěti poskytuje dostatečný pocit bezpečí, vytváří se tak dle Bowlbyho (1982, cit. dle Pöthe, 2001) tzv. bezpečná vazba, která je podmínkou pro rozvoj uspokojujících sociálních vztahů v dospělosti. Tento raný zážitek zpravidla u lidí s poruchou osobnosti chybí. Představitelé psychodynamických teorií předpokládají, že tzv. neurotická psychopatologie má původ v pozdějším dětství, v době, kdy dochází k rozlišení mezi self a druhým a kdy už jsou pevně utvořeny jednotlivé instance – id, ego, superego. Poruchy osobnosti vznikají vlivem vývojové patologie v době, kdy se tyto psychické struktury teprve utvářejí (Fonagy, Target, 2005), tedy v raném dětství. Narušení osobnosti u pacientů s poruchou osobnosti je tak závažnější než u neurotických pacientů a není překvapivé, že se v literatuře opakovaně setkáváme se zkušenostmi odborníků s pacienty s poruchou osobnosti, kteří zpravidla na standardní farmakoterapii i psychoterapii reagují nedostatečně (např. Reich, Green, 1991, cit. dle Praško, 2009). V našem výzkumném souboru se tento trend potvrdil. Pacienti s poruchou osobnosti (F6) skutečně dosahovali po léčbě menších účinků. Nedošlo u nich k žádnému měřenému efektu ve čtyřech škálách (HEA, Si, PZP, Do). Toto jsme nezaznamenali u žádné z ostatních diagnostických skupin, kde došlo vždy alespoň k malému efektu.

Zkušenost s bezpodmínečnou láskou je předpokladem pro zdravou sebelásku i schopnost milovat druhé lidi (Röhr, 2001). Negativní rané zkušenosti dítěte s pečující osobou mívají za následek nedostatek sebedůvěry, sebevědomí. Právě v této oblasti docházelo u pacientů

s poruchou osobnosti (F6) k nejmenším změnám v porovnání s ostatními diagnostickými kategoriemi.

Model stresové diatézy spatřuje etiologii poruch osobnosti ve zvláštní vulnerabilitě, která závisí na diatetické (dědičnost, traumata pre-, peri- i postnatální) a psychosociální (chronické zátěže v raném dětství) predispozici. V tomto modelu jsou poruchy osobnosti vnímány přednostně jako poruchy mezilidských vztahů (Rahn, Mahnkopf, 2000). Škála Sociální introverze (Si) zjišťuje úroveň ostýchavosti, nepohody v sociálních situacích, vyhýbání se jim nebo také, nakolik se osoba cítí odcizena sobě a druhým. Neurotičtí pacienti (F4) se zde v průměru zlepšili ($d=0,38$), kdežto pacienti s poruchou osobnosti neprodělali změnu téměř žádnou ($d=0,08$). Stejně ($d=0,08$) na tom byli se spokojeností se svými sociálními vztahy (PZP – Přátelé, příbuzní a známí).

Ukázalo se, že na výsledek léčby má vliv věk ($p<0,05$). Pacienti ve věku 31-40 let se po terapii zlepšili v 75,6% případů. Naopak nejvíce rezistentními vůči léčbě se ukazují být mladší pacienti ve věku 19-30 let, kteří zůstali beze změny v 56,6% případů. V celém výzkumném souboru bylo 6 pacientů, jež se zhoršili, přičemž v nejmladší věkové kategorii (19-30 let) se zhoršili rovnou 4 pacienti. Jednotlivé věkové kategorie se signifikantně nelišily (ověřeno chí-kvadrátem) v zastoupení diagnóz, pohlaví a vzdělání, ale signifikantně ($p<0,001$) se lišily v aktuálním rodinném stavu. V nejmladší věkové kategorii (19-30 let) je 94,3% pacientů svobodných. Pokud se týká vlivu rodinného stavu na výsledek léčby, ukazuje se, že pacienti v manželství se zlepšili spíše, než pacienti svobodní nebo rozvedení. Jedním nabízejícím se vysvětlením by mohlo být, že u lidí v manželství může být vyšší pravděpodobnost stabilního a podpůrného rodinného zázemí než u lidí svobodných a rozvedených. Toto může přispívat k účinnějšímu zvládnání potíží a k jejich léčbě.

Na vliv věku na výsledky léčby v jednotlivých oblastech jsme se podívali více exploračně a zjistili jsme, že se signifikantně ($p<0,05$) projevil v pěti oblastech. Můžeme pozorovat, že po léčbě dochází k nejvyššímu nárůstu sebeúcty (LSE) ve věku 31-40 let. U mladších pacientů ve věku 19-30 let se oproti ostatním věkovým kategoriím zvyšuje úroveň tzv. antisociálního chování nebo postojů (ASP). Může to mimo jiné např. znamenat, že jsou tyto pacienti po léčbě náchylnější k nerespektování autority, což nemusí mít pouze negativní vysvětlení. Lidé ve věku 19-30 let mohou být pod vlivem autorit (např. rodičů), vůči kterým se ještě nedokážou vymezit, a může to na ně mít psychicky nepříznivý dopad. Vliv psychoterapie by se mohl v tomto případě projevit právě pokrokem ve vymezení se proti této autoritě.

Vliv věku na výsledky terapie se projevil také ve škále mapující tzv. chování typu A (TPA). Škála je zaměřena na zkoumání energického, hostilního stylu osobnosti. Vyšší skóry naznačují netrpělivost, snadné rozzlobení se, soupeřivost a touhu uspět za každou cenu. V této dimenzi se pouze u pacientů ve věku 51-62 let projevila výraznější pokles zmíněných projevů ($d=0,38$). U ostatních třech věkových kategorií nedošlo k efektu žádnému nebo k velmi malému a hodnoty měly spíše stoupající trend, tzn. nárůst charakteristik škály. Léčba měla tedy pouze u nejstarších pacientů vliv na snížení chování typu A.

Muži a ženy se ve výsledcích léčby neliší, tzn., že přibližně stejná procenta mužů i žen se po léčbě zlepšila nebo zůstala beze změny, popř. se zhoršila. V exploračním zkoumání jsme však zjistili signifikantní rozdíly ($p<0,05$) mezi pohlavími ve třech oblastech. První oblastí je Sociální introverze (Si), která se ukázala být diferencující i u diagnostických kategorií. V tomto případě nedošlo u žen k žádnému efektu, zatímco muži se zlepšili na úrovni střední míry efektu ($d=0,44$). Jinak řečeno, muži se po léčbě cítili nebo zvládali sociální situace lépe. U ženy nebyl rozdíl prožívání v sociální oblasti zaznamenán. Téměř shodné výsledky se projevily i u škály Sociální nepohody (SOD). Na základě výše uvedeného se zdá být efektivnější léčba v oblasti sociálního fungování u mužů než u žen. Je možné, že tu má svůj význam skupinová forma psychoterapie, která mužům přináší pozitivní sociální zkušenost, respektive tato zkušenost může mít pro muže větší terapeutický význam než pro ženy.

Naopak ve škále Bizarních psychických aktivit (BIZ), která posuzuje závažnější symptomy poruch myšlení (podivné, zvláštní myšlenky a prožitky, paranoidní myšlenky, psychotické poruchy myšlení a vnímání), se ženy mírně zlepšily ($d=0,34$), zatímco u mužů nebyl efekt žádný a byl zaznamenán spíše trend obrácený, tzn. směřující k patologickým hodnotám. Ovšem je nutné dodat, že se muži ani ženy v průměru nepohybovali v patologickém pásmu, což odpovídá i diagnostickému složení výzkumného vzorku (nejsou zde zastoupeni např. lidé s psychotickými onemocněními).

Částečně se nám potvrdilo, že pacienti, kteří na počátku léčby vykazují vyšší úroveň patologie, se spíše zlepšili než pacienti, u kterých hodnoty patologické nejsou. Tento trend se projevil především v oblastech depresivních a úzkostných symptomů, ale také výrazně u poruch v pracovním výkonu (WRK). Je zřejmé, že se zhoršený psychický stav podepisuje i v pracovním životě a pacienti si pak často stěžují na únavu, nedostatek energie a koncentrace v práci. To může vyústit až k negativnímu postoji k práci celkově. Po terapii se zlepšilo nebo výrazně zlepšilo 73,3% pacientů, kteří měli před zahájením léčby potíže v pracovním výkonu v patologickém pásmu.

7.2 Diskuse a limity výzkumu

Naturalistické studie bývají tradičně napadány z několika důvodů, jak jsme o nich pojednali v teoretické části (str. 35). I my jsme postrádali kontrolní skupinu, se kterou bychom mohli výslednou účinnost terapie porovnávat. Klienti z výzkumného souboru byli vybíráni jednotlivými terapeuty podle jimi stanovených kritérií (např. zdali je pro ně psychodynamická práce ve skupině vhodná). Stejně tak nebyla zajištěna homogenita výzkumného souboru. Pacienti měli různé sociodemografické charakteristiky i různé diagnózy. O vytvoření určité homogenity jsme se pokusili v rámci ověřování hypotéz, kdy jsme výzkumný soubor rozřídili do několika podskupin na základě společných aspektů (diagnostická kategorie, pohlaví, úroveň terapeutické změny ad.).

Do výzkumného souboru byli zařazeni pouze ti pacienti, u kterých jsme měli kompletní a validní⁷ data ze všech tří nástrojů měření před léčbou a po léčbě – z původních 180 bylo nakonec podrobeno zkoumání 159 pacientů. Do výzkumu nebyli zahrnuti pacienti, kteří léčbu nedokončili. Jistě by bylo zajímavé se v dalších výzkumech na tyto „odpadlíky“ zaměřit, např. sledovat jejich vstupní hodnoty v některých škálách v dotazníku MMPI-2. V již realizovaných studiích se v tomto ohledu soustředili výzkumníci (např. Hilsenroth a kol., 1995; Chisholm a kol., 1997; Butcher, Perry, 2008; Graham, 2006) na úroveň počátečního skóre TRT (Negativní postoj k terapii) a Es (Síla Ega).

Vzhledem k tomu, že jsme se zabývali účinností psychodynamické psychoterapie, jistě by bylo cenné získat katamnestická data. Ve zkoumání psychodynamické terapie se totiž opakovaně potvrzuje, že katamnestické hodnocení po léčbě indikuje kontinuální zlepšování pacientů. Gabbard (2007) vysvětluje, že tento trend naznačuje, že se pacienti naučili určitý způsob uvažování o svých zkušenostech, které mohou sami aplikovat i po skončení léčby.

Měli bychom vzít v potaz také to, že se mohou někteří pacienti po opuštění terapeutického programu i zhoršit bez ohledu na typ prováděného psychoterapeutického přístupu a výsledky mohou být horší v katamněze než ihned po jeho skončení (např. Bauer a kol., 2011). Bohužel v námi realizovaném výzkumu je téměř nemožné taková data získat.

Za nedostatek naší studie může být považován také fakt, že jsme analyzovali data pacientů založená pouze na jejich subjektivní výpovědi, respektive zdrojem pohledu na posuzovanou výslednou změnu jsou v našem případě pouze sami pacienti. Toto může navíc oslabovat dle

⁷ Vyřadili jsme ty protokoly MMPI-2, jejichž hodnoty se na standardizačních a validizačních škálách ukázaly být nevalidní.

Timul'áka (2005) konstruktovou validitu a doporučuje proto kombinovat více zdrojů měření. Bylo by tedy dobré mít např. dostupná hodnocení změn pacientů svým terapeutem nebo hodnocení pacientů svými signifikantními druhými (rodinou, partnery atd.). Data získaná ze sebeposuzovacích nástrojů měření produkují nižší míry efektu (Lambert, Hill, 1994, cit. dle Timul'ák, 2005). Konstruktovou validitu našeho výzkumu jsme alespoň podpořili použitím více nástrojů měření (třech) a zaměřením se na více proměnných najednou (celková symptomatologie, somatická, neurotická, sociální oblast, životní spokojenost, sebehodnocení).

Lambert a Hillová (1994, cit. dle Timul'ák, 2005) ve své studii o nástrojích měření v psychoterapii uvádějí, že data získaná hned po skončení léčby ukazují větší míry efektu než data sesbíraná později. Naše data pocházejí z doby 1 až 3 dnů po skončení denního stacionáře.

To, jaký nástroj měření použijeme, také velmi ovlivňuje to, jak velkou změnu zaznamenáme. Různé nástroje jsou na zachycení změny různě citlivé. V našem případě nejvýraznější změny zachytil dotazník SCL-90-R, méně výrazné pak MMPI-2 a v DŽS byly změny obecně nejméně výrazné.

Máme jistotu, že jsme v našem výzkumu měřili a zaznamenali změny vyvolané danou psychoterapeutickou léčbou? Samozřejmě, že ne. Jak jsme již uvedli v oddíle věnovaném proměnných na straně klienta i terapeuta (str. 24), na výsledném stavu se podílí více faktorů, mezi které patří i ty tzv. mimoterapeutické. V našem případě můžeme usuzovat, že se na zlepšení pacientů mohla podílet mj. organizace léčby v podobě denního stacionáře, kde spolu pacienti trávili čas i mimo samotný terapeutický program (např. spolu trávili čas v přestávkách mezi programy; pacientům není doporučováno, aby se stýkali ve volném čase po skončení dne ve stacionáři). U pacientů mohlo také dojít během 7 týdnů ke spontánní remisi, kdy hlavním terapeutickým faktorem mohl být pouze čas. Nebo mohlo během té doby dojít k zásadním životním událostem u pacientů podílejících se na úspěšné léčbě. Nesledovali jsme, zdali byla pacientům během léčby indikována farmakoterapie nebo byla změněna ta, se kterou do terapie přicházeli. Máme pouze údaje o tom, že 79,9% (n=129) pacientů našeho souboru bylo medikováno.

Z proměnných na straně klientů, které se na výsledném efektu mohly podílet a které nemáme nijak podchycené, můžeme uvést např. možnost nedostatečné motivace ke změně, nedostatek schopnosti psychologického uvažování nebo nedostatečné verbální schopnosti, které jsou pro profitování z psychodynamické terapie velmi důležité. Na druhé straně je pravděpodobné, že takoví klienti nebyli do terapie ani zařazeni, jelikož si je terapeuti do terapie zařazují až

po vstupních pohovorech a vyšetřeních, během kterých zjišťují vhodnost klienta pro tento druh terapie - jak psychodynamické, tak skupinové formy.

Dalším prvkem k zamyšlení je možná tendence pacientů své odpovědi na položky v dotaznících nebo při sebesuzováním na škálách ovlivňovat ať už záměrně ve smyslu zveličování svých potíží nebo naopak jejich disimulováním nebo nezáměrně ve smyslu, že si je prostě neuvědomují, popírají je. Sama jsem se na své stáži na Horní Palatě setkala s pacientkou ve skupině, která měla diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti, byla viditelně výrazně úzkostná a trpěla řadou život omezujících potíží a přitom v testech své potíže negovala. V jejím případě šlo nejspíše o to (usuzuji na základě její další terapie), že si své příznaky nechtěla připustit, popírala je. Na základě zkušeností psychologů z Horní Palaty se dá také uvažovat o tendenci pacientů na konci terapie své potíže zveličovat z pocitu, že ještě nejsou vyléčeni a chtějí další péči. Nebo chtějí prostřednictvím testů terapeutickému týmu „něco vzkázat“, např. vyjádřit svou nespokojenost nebo naopak své „poděkování“. Snížit vliv těchto proměnných jsme se pokusili tím, že jsme vyřadili nevalidní protokoly.

Domníváme se však, že je náš vzorek rozsáhlý a zmíněné proměnné by se nemusely na výsledcích podílet zásadním způsobem, nicméně vyloučit to nemůžeme.

8 Shrnutí výzkumných zjištění

Do terapeutického programu Denního stacionáře Horní Palata ve vymezeném období let 2008-2010 vstoupilo skoro dva a půl krát více žen než mužů, což potvrzuje obecný trend, že psychoterapeutickou léčbu častěji vyhledávají ženy. Ženy také častěji než muži společně s psychoterapií užívaly psychofarmaka. Převážná většina pacientů spadala do věkového rozmezí 19-40 let. Pokud se týká úrovně vzdělání, skoro polovina všech pacientů byla tvořena středoškoly, více jak třetina pak vysokoškoly. Pacienti byli nejčastěji svobodní. Nejfrekventovanějšími konkrétními diagnózami byly porucha přizpůsobení a smíšená úzkostně depresivní porucha. Pokud bychom na základě výše uvedeného chtěli s trochou nadsázky specifikovat typického klienta denního stacionáře Horní Palata z hlediska demografických charakteristik v daném období, mohli bychom říci, že je to *svobodná žena se středoškolským vzděláním ve věku 31-40 let.*

Shrnutí výzkumných zjištění o výzkumném souboru 159 klientů Denního stacionáře Horní Palata v letech 2008-2011:

- před léčbou spadalo do dysfunkční populace 76,1%, po léčbě 49,7% pacientů - rozdíl je signifikantní
- z hlediska konceptu klinicky signifikantní změny se po léčbě zlepšilo 24,5%, výrazně se zlepšilo 33,3% pacientů, beze změny zůstalo 38,4% pacientů a 3,8% pacientů se zhoršilo
- v celém heterogenním souboru se ve všech sledovaných dimenzích prokázala účinnost psychoterapeutické léčby po jejím absolvování na úrovni malé až střední míry efektu
- nejvyšší efekty byly zachyceny na nástroji měření SCL-90-R v Globálním indexu symptomatologické zátěže (GSI)
- nejlépe na léčbu reagovali pacienti s neurotickou poruchou (F4)
- nejvíce rezistentní vůči léčbě byli pacienti s poruchou osobnosti (F6)
- vliv diagnostické kategorie se prokázal u posouzení spokojenosti se zdravím (ZDR v DŽS) a u symptomatologické deprese (DEP v MMPI-2)
- prokázal se signifikantní vliv věkové kategorie na výsledky léčby - pacienti ve věku 31-40 let se zlepšili nebo výrazně zlepšili v 75,6%
- výraznější účinky terapeutické léčby častěji dosahují pacienti, kteří do terapie vstupují s vyšší úrovní patologie
- pouze u pacientů ve věku 19-30 let došlo po léčbě ke zvýšení úrovně antisociálního chování (ASP)
- pouze u pacientů ve věku 51-62 let byl po léčbě zaznamenán pokles chování typu A (TPA)
- nejvyššího efektu v oblasti sebeúcty (LSE) dosáhli po léčbě pacienti ve věku 31-40 let
- prokázal se signifikantní rozdíl po léčbě mezi muži a ženami v účinku na oblast prožívání sociální nepohody (Si, SOD) – muži dosáhli střední míry efektu, u žen se žádný efekt neprokázal

ZÁVĚR

Cílem předloženého kvantitativního výzkumu bylo zjistit, zdali se prokáže u klientů účinnost sedmitýdenní skupinové psychodynamické psychoterapie v rámci podmínek denního stacionáře. Zajímalo nás, v kterých oblastech se změna projeví a také zda mají na výsledky této léčby vliv některé proměnné na straně klientů. Jedná se o naturalistický výzkumný design (pre-test post-test design), díky kterému jsme se zabývali psychoterapeutickou léčbou tak, jak je poskytována v reálných podmínkách. Analyzovali jsme data získaná z archivovaných karet 159 klientů Denního stacionáře na Horní Palatě v letech 2008-2011. K dispozici jsme měli výsledky ze tří nástrojů měření před zahájením léčby a po jejím skončení - SCL-90-R, MMPI-2 a DŽS.

V první části práce jsme si připravili teoretické zázemí, na které jsme poté ve výzkumné části navazovali. Představili jsme podstatné rysy psychodynamické a skupinové psychoterapie, zabývali se proměnnými podlejšími se na výsledném působení psychoterapie na straně klienta i terapeuta. Podrobněji jsme rozebrali výzkum v psychoterapii, jeho možnosti, limity a představili některé zajímavé studie s danými výzkumnými designy. Přiblížili jsme způsoby, jakými se dá účinnost psychoterapie hodnotit, a poté je využili při zpracovávání a analýze námi získaných dat. Na závěr teoretické části jsme věnovali také prostor terapeutické léčbě v kontextu denního stacionáře a stručně charakterizovali diagnostické jednotky, s kterými se pacienti na Horní Palatě nejčastěji léčili.

Ve výzkumné části jsme si stanovili čtyři základní hypotézy, které jsme podepřeli teorií i již realizovanými zahraničními studiemi. V první hypotéze jsme předpokládali zlepšení po léčbě u pacientů celého výzkumného souboru ve všech předem definovaných oblastech, což se nám také potvrdilo. V další hypotéze jsme předpokládali, že na výsledné zlepšení má vliv stanovená diagnostická kategorie. Druhou hypotézu jsme mohli přijmout pouze částečně, jelikož se vliv projevil pouze u dvou dimenzí. Dále jsme předpokládali, že sociodemografické charakteristiky výsledky léčby neovlivňují. Třetí hypotézu jsme nemohli přijmout, protože se prokázal vliv věku. V poslední stanovené hypotéze jsme se domnívali, že většího efektu, respektive výraznějšího zlepšení v léčbě dosahují pacienti přicházející do léčby s vyšší úrovní patologie. Tato domněnka se nám prokázala skoro u všech sledovaných škál – hypotézu jsme přijali tedy částečně.

Kromě ověřování hypotéz jsme přistoupili i k formě explorační analýzy, ve které jsme zjišťovali, v jakých konkrétních oblastech se projeví difference mezi pohlavími a věkovými kategoriemi. Odhalené oblasti jsme prezentovali v názorné grafické podobě.

Věříme, že výzkumem podpoříme přesvědčení o tom, že psychoterapie „funguje“ a má smysl ji indikovat. Doufáme, že předložená zjištění budou mít pro kliniky v praxi, a především pak pro pacienty hledající pomoc v psychoterapii, svůj význam.

Použité zdroje

1. Abbass, A.A., Joffres, M.R., Ogrodniczuk, J.S. (2008). *A Naturalistic Study of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy*. Brief Treatment and Crisis Intervention, 8(2), 164-170.
2. Abbass, A., Kisely, S., Kroenke, K. (2009). *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders*. Psychother Psychosom, 78, 265–274.
3. Ankuta, G.Y., Abeles, N. (1993). *Client Satisfaction, Clinical Significance, and Meaningful change in Psychotherapy*. Professional Psychology: Research and Practice, 24(1), 70-74.
4. Berghout, M.A., Zevalkink, J. (2009). *Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment*. Bulletin of the Menninger Clinic, 73(1), 7-33.
5. Bassler, M., Krauthauser, H., Hoffmann, S.O. (1994). *Inpatient psychotherapy with chronic psychogenic pain patients*. Psychother Psychosom, 44, 299–307.
6. Bauer, S., Wolf, M., Haug, S., Kordy, H. (2011). *The effectiveness of Internet chat groups in relapse prevention after inpatient psychotherapy*. Psychotherapy Research, 21, 219-226.
7. Bieščad, M. (2007). *Aplikácia nástrojv merajúcich výsledky psychoterapie. Porovnanie citlivosti nástrojv merania v jednotlivých oblastiach terapeutickej zmeny*. Dizertačná práca: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave.
8. Bieščad, M., Szeliga, P. (2006). *Skúsenosti s použitím sebesudzovacej škály Symptom Checklist-90 (SCL-90) na výberoch slovenských psychiatrických pacientov a bežnej populácie*. Psychiatria, 13, 25-31.
9. Bond, M., Perry, C. (2004). *Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders*. Am J Psychiatry, 161, 1665–1671.
10. Burlingame, G., Fuhrman, A., Mosier, J. (2003). *The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytical perspective*. Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 7, 3-12.
11. Butcher, J.N., Perry, J.N. (2008). *Personality Assessment in Treatment Planning: Use of the MMPI-2 and BTPI*. New York: Oxford University Press.
12. Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (2006). *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York: Oxford University Press.
13. Clarkin J.F., Levy K.N. (2004). *The influence of client variables on psychotherapy*. In Lambert M.J. (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sons.
14. Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. Los Angeles: SAGE.
15. Cortina, M. (2010). *The future of psychodynamic psychotherapy*. Psychiatry, 73(1), 43-43-56.
16. Dare, C., Eisler, I., Russell, G. a kol. (2001). *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments*. British Journal of Psychiatry, 178, 216-221.
17. Diguer, L., Barber, J.P., Luborsky, L. (1993). *Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression*. Am J Psychiatry 1993, 150, 1246–1248.
18. Dührssen, A. (1998). *Dynamická psychoterapia: Príručka hlbínne orientovaného prístupu k pacientom*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

19. Duncan, B., Moynihan, D. (1994). *Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference*. Psychotherapy, 31, (2), 294-301.
20. Elkin, I., Shea, M.T., Klett, C.J., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F. a kol. (1989). *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments*. Archives of General Psychiatry, 46, 971-982.
21. Eysenck, H.J. (1952). *The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324.
22. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2001). [Autor české verze testu: Rodný, T., Rodná, K.] *DŽS - Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
23. Fahy, T.A., Russell, G.F.M. (1993). *Outcome and prognostic variables in bulimia-nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 14, 135-45.
24. Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., O'Connor, M. (1993). *Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy*. Arch Gen Psychiatry, 50, 419-428.
25. Fonagy, P. (2006). *Evidence-based psychodynamic psychotherapies*. Alliance of Psychoanalytic Organizations, 765-818.
26. Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). *Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom*. Bulletin of the Menninger Clinic, 69(1), 1-1-58.
27. Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
28. Friedman, A.F., Levak, R., Nichols, D., Webb, J.T. (2001). *Psychological Assessment with the Mmpi-2*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
29. Fromm-Reichmannová, F. (2003). *Principy intenzivní psychoterapie*. Praha: Triton.
30. Fuhriman, A., Burlingame, G. M. (1994). *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley.
31. Grawe, K. (1997). *Research-Informed Psychotherapy*. Psychotherapy Research, 7, 1-19.
32. Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W.B., Rees, A., Reynolds, S. (1995). *Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(6), 997-1004.
33. Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (2002). [Autor české verze testu: Netík, K.] *MMPI 2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Praha: Testcentrum.
34. Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.
35. Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., Orlinsky, D.E. (1986). *The dose-effect relationship in psychotherapy*. American Psychologist, 41 (9), 159-186.
36. Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., Lutz, W. (1996). *Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress*. American Psychologist, 51(10), 1059-1064.
37. Howard, S. (2008). *Psychodynamická psychoterapie*. Praha: Portál.
38. Jacobson, N.S., Truax, P. (1991). *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.
39. Jensen, H.H., Mortensen, E.L., Lotz, M. (2010). *Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit*. Nord J Psychiatry, 64, 106-14.

40. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.
41. Karterud, S., Vaglum, S., Fris, S., Irion, T., Johns, S., Vaglum, P. (1992). *Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders*. J Nerv Ment Dis, 180, 238–243.
42. Kirshner, L., Genack, A., Hauser, S. (1978). *Effects of gender on short-term psychotherapy*. Psychotherapy Theory, Research and Practice, 15, 158-67.
43. Klimpl, P. (2005). *Zahájení v psychodynamické psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi, 1, 11-17.
44. Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L., Beutler, L.E. (1994). *Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (5), 1009-1016.
45. Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
46. Lambert, M.J., Hansen, N.B., Finch, A.E. (2001). *Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (2), 159-172.
47. Leichsenring, F. (2004). *Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda*. Bulletin of the Menninger Clinic, 68 (2), 137-151.
48. Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). *Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications*. American Journal of Psychotherapy, 60 (3), 233-259.
49. Leichsenring, F., Leibing, E. (2007). *Psychodynamic Psychotherapy: A Systematic Review of Techniques, Indications and Empirical Evidence*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 80, 217-228.
50. McIntosh, V.V., Jordan, J., Carter, F.A., a kol. (2005). *Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial*. Am J Psychiatry, 162(4), 741-7.
51. McRoberts, C., Burlingame, G., Hoag, M. (1998). *Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective*. Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 2, 101-117.
52. Newton, G., Tyrer, P., Johnson, T. (2006). *Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies*. The British Journal of Psychiatry, 188, 13-20.
53. Nieberding, R. J., Gacono, C. B., Pirie, M., Bannatyne, L. A., Viglione, D. J., Cooper, B., et al. (2003). *MMPI-2 based classification of forensic psychiatric outpatients: An exploratory cluster analytic study*. Journal of Clinical Psychology, 59, 907-920.
54. Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M. (2001). *Using DSM Axis II information to predict outcome in short-term individual psychotherapy*. Journal of Personality Disorders, 15, 110-22.
55. Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Anthony, S.J., McCallum, M. (2001). *Effect of Patient Gender on Outcome in Two Forms of Short-Term Individual Psychotherapy*. The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10, 69–78.
56. Pěč, O., Koblíček, K., Lorenc, J., Beránková, A. (2003). *Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí*. Česká a Slovenská Psychiatrie, 99 (2), 10-16.
57. Pöthe, P. (2001). *Teorie vazby a prevence týrání a zanedbávání dětí*. In: Pilařová, M., Hradilková, T. ed.: *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Futurum.
58. Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

59. Prašková, H., Praško, J. (2007). *Psychoterapie úzkostných poruch*. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity v Praze. Dostupný z [www: <http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-755-psychoterapie-uzkostnych-poruch>](http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-755-psychoterapie-uzkostnych-poruch)
60. Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
61. Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.
62. Rieger, Z. (2007). *Lod' skupiny: inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii*. Praha: Portál.
63. Rutan, J.S., Stone, W.N., Shay, J.S. (2007). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
64. Ryle, A., Golyunkina, K. (2000). *Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome*. British Journal of Medical Psychology, 73, 197-210.
65. Röhr, H.P. (2001). *Narcismus - vnitřní žalář*. Praha: Portál.
66. Seligman, M.E.P. (1995). *The effectiveness of psychotherapy*. American Psychologist, 50, 965-974.
67. Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., a kol. (1994). *Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy*. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 62, 522 -534.
68. Shedler, J. (2010). *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychologist, 65(2), 98-109.
69. Schauenburg, H., Strack, M. (1999). *Measuring Psychotherapeutic Change with the Symptom Checklist SCL 90 R*. Psychother Psychosom, 68, 199-206.
70. Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
71. Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John.
72. Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I. a kol. (1991). *Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Am J of Psychiatry, 148, 997-1008.
73. Sparks, J., Duncan, B., & Miller, S. (2008). *Common factor in psychotherapy: Common means to uncommon outcomes*. In J. Lebow (Ed.) 21st century psychotherapies. New York: Wiley.
74. Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., Clark, D.M. (2011). *Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial*. Arch Gen Psychiatry, 68(7), 692-700.
75. Stevenson, J., Meares, R. (1992). *An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder*. Am J Psychiatry, 149(3), 358-62.
76. Strupp, H. H. (1992). *The Future of Psychodynamic Psychotherapy*. Psychotherapy, 29, 21 – 27.
77. Sue, S., Lam, A.G. (2002). *Cultural and demographic diversity*. In Norcross, J.C. (ed.), Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press, 401-421.
78. Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

79. Šnorek, V. (2007). *Možnosti a meze integrace Rorschachovy metody a MMPI-2*. In Heller, D., Mertin, V., Sobotková, I. (ed). Psychologické dny 2006. Prožívání sebe a měnícího se světa: sborník příspěvků z konference 24, Olomouc. Praha: FFUK.
80. Terlidou, C., Moschonas, D., Kakitsis, P., Manthouli, M., Moschona, T., Tsegos, I.K. (2004). *Personality changes after completion of long-term group-analytic psychotherapy*. Group Analysis, 37, 401-418.
81. Thompson-Brenner, H., Westen, D. (2005). *A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, Part 1: Comorbidity and therapeutic outcome*. Journal of Nervous and Mental Disease, 193, 573-84.
82. Tillitski, C. (1990). *A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments*. International Journal of Group Psychotherapy, 40, 215-224.
83. Timul'ák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
84. United States. (1980). *The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology: Summary*. Washington: Congress of the United States, Office of Technology Assessment.
85. Urbánek, T. (2007). *K prezentaci výsledků statistických analýz – 1.část*. Československá psychologie, 51(6), 601-609.
86. Vybíral, Z., Castonguay, L., a kol. (2010). *Kolik je na světě psychoterapií?* Psychoterapie, 4, 39–55.
87. Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
88. Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
89. Westen, D., Morrison, K. (2001). *A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 875–899.
90. Wilfley, D., Welch, R., Stein, R., et al. (2002). *A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder*. Arch Gen Psychiatry, 59, 713–21.
91. Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L., Muran, J.C. (1994). *Short-term psychotherapy of personality disorders*. Am J Psychiatry, 151, 190–194.
92. Woody, G.E., McLellan, T., Luborsky, L.L., O'Brien, C.P. (1985). *Sociopathy and psychotherapy outcome*. Arch Gen Psychiatry, 42, 1081–1086.
93. Yalom, I.D., Lescz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
94. Zatloukal, L. (2010). *Význam teoretického rámce při výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy*. E-psychologie 4, s. 37 – 54.
95. Zeig, J.K. (2005). *Umění psychoterapie*. Praha: Portál.