

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii

Bc. Gabriela Javornická

Obor psychologie

Forma studia prezenční

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Praha 2015

Prague College of Psychosocial Studies



Motivation psychosomatic clients to psychotherapy

Bc. Gabriela Javornická

Study program: Psychology

Full - time study

The Diploma Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Prague 2015

Anotace: cílem korelačního výzkumu autorky diplomové práce je zjištění úrovně motivace psychosomatických klientů do nabízené psychoterapie pomocí dotazníku postojů k psychoterapii, který navazuje na transteoretický model procesu změny a na specifické motivační faktory psychosomatických klientů k psychoterapii. Korelační výzkum testuje hypotézy, které se vztahují k rozdílům výsledků podle věku a pohlaví psychosomatických klientů, jejich většinové příslušnosti k fázi preparace transteoretického modelu procesu změny a korelacím mezi výsledky dotazníku postojů k psychoterapii a stupnicemi posouzení klientova zdravotního stavu jeho terapeutem a jím samým. Výzkumný vzorek 49 klientů pěti odborných psychosomatických pracovišť byl vybrán za podmínek diagnostikovaného psychosomatického onemocnění a dále jejich dostupnosti a dobrovolné účasti ve výzkumu. Výsledky zkoumání motivace psychosomatických klientů jsou podkladem pro další práci s jejich motivovaností pro psychoterapii metodou motivačních rozhovorů.

Klíčová slova: motivace psychosomatických klientů, protektivní faktory, transteoretický model procesu změny, prekontemplace, kontemplace, preparace, motivační interview.

Abstract: objective of the correlative research of the thesis author is to determine the level of motivation of psychosomatic clients for psychotherapy offered to them using a questionnaire of attitudes to it, which builds on the transtheoretical model of the process of change and on the theory of specific motivational factors of psychosomatic clients for psychotherapy. In the study, hypotheses are tested regarding differences in the results as related to age and sex of the clients, to the predominance of the belongingness of the sample members to the preparation phase of the transtheoretical model, and to the correlation between the questionnaire scales and the rating scales assessing the health state of the client from the view of the therapist and from his/her own view. The research sample of 49 clients from five specialized psychosomatic clinics was selected according to the criteria of the diagnosis of psychosomatic illness and voluntary participation in the study as well as availability for assessment. The outcomes of the exploration of the motivation of the psychosomatic clients are presented as the basis for subsequent work with clients' motivation for psychotherapy using the method of motivational interviews.

Key words: motivation of psychosomatic clients, protective factors, transtheoretical model of the process of change, pre-contemplation, contemplation, preparation, motivational interview.

Čestné prohlášení o samostatném vypracování práce:

prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu. Toto stvrzuji vlastnoručním podpisem.

.....

Poděkování:

vyjadřuji tímto poděkování vedoucímu mé diplomové práce, Doc. PhDr. Karlu Balcarovi, CSc., za jeho zkušenosti, nápady, podporu a pomoc se statistickým zpracováním dat. Děkuji za cenné rady a kontakty PhDr. Jiřímu Jakubů. Děkuji za spolupráci na výzkumu Mgr. Veronice Roudné z Centra psychosomatické péče PÉXIS v Ústí nad Labem, Mgr. Danuši Jandourkové z Centra komplexní péče Roseta v Praze a Centra komplexní péče v Dobřichovicích, PhDr. Pavlu Roubalovi z Psychosomatického pracoviště externího týmu v Praze, MUDr. Michalu Krylovi a PhDr. Martině Večeřové z Psychosomatické kliniky Šternberk a MUDr. Jaromíru Kabátovi z Psychosomatické kliniky v Praze. V neposlední řadě děkuji všem klientům, kteří dotazník vyplnili.

Obsah

ÚVOD	8
1 PROBLEMATIKA PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ	9
1.1 Vývoj psychosomatiky	9
1.2 Kdo je psychosomatický klient	10
1.3 Psychosomatictí klienti a kvalita života	15
1.4 Specifika motivace psychosomatických klientů k psychoterapii	19
1.5 Psychoterapie psychosomatických klientů	25
1.6 Shrnutí	30
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII	32
2.1 Výzkumné cesty	32
2.2 Transteoretické východisko výzkumu	34
2.2.1 Fáze změny	34
2.2.2 Intervence	36
2.3 Souvislosti transteoretického modelu procesu změny, sebedeterminační teorie a integrálního modelu	41
2.4 Shrnutí	44
3 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII	46
3.1 Plán výzkumu	46
3.1.1 Hypotézy	46
3.1.2 Metody sběru dat	48
3.1.3 Výběr vzorku	51
3.2 Shrnutí	53
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII	54
4.1 Úvod	54
4.2 Získané údaje	54
4.3 Vyhodnocení, analýza a interpretace získaných údajů	55
4.3.1 Hypotéza o rozdílu výsledků podle věku	55
4.3.2 Hypotéza o rozdílu výsledků podle pohlaví	57
4.3.3 Hypotéza o většinové příslušnosti k fázi preparace	60

4.3.4 Hypotéza o korelacích mezi dotazníkem postojů k psychoterapii a stupnicemi posouzení zdraví.....	66
4.4 Návrh motivačních rozhovorů.....	66
4.4.1 Ukázka motivačního rozhovoru č. 1.....	67
4.4.2 Ukázka motivačního rozhovoru č. 2.....	68
4.4.3 Ukázka motivačního rozhovoru č. 3.....	70
4.4.4 Závěr.....	70
5 ZÁVĚRY Z VÝZKUMU MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII.....	72
5.1 Přehled provedeného výzkumu.....	72
5.2 Diskuse.....	74
ZÁVĚR.....	77
Seznam literatury.....	80
PŘÍLOHY.....	I

ÚVOD

Volba tématu „Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii“ vychází z přesvědčení, že tomuto tématu není věnována dostatečná pozornost. V současné době jsou populární rozsáhlé výzkumy **efektu a procesu psychoterapie** (TIMULÁK, 2005). Rovněž je věnována **pozornost samotným psychoterapeutům**, centrální proměnné v psychoterapii. Méně se již zkoumá **efektivnost vzdělávání** klientů v psychoterapii. V této oblasti výzkumy odkazují na analyzování **vnímání psychoterapie samotnými klienty**. Způsob vnímání a hodnocení psychoterapie klienty určuje jejich postoj k psychoterapii, tedy i jejich motivaci. V literatuře se objevují především výzkumy mapující **vnímání psychoterapie odborníky**, kteří nejsou psychoterapeuty, ale mohou psychoterapii doporučit, nebo také **vnímání psychoterapie laickou veřejností**. Společensko-politický diskurs o postoji klientů, odborníků i zdravotních pojišťoven, a potažmo celé společnosti k psychoterapii, je důležitý pro **zvýšení kvality života** samotných klientů, především psychosomatických. Výzkum motivace psychosomatických klientů k psychoterapii může přispět k tomuto diskursu. Tato **práce je teoreticko - empirická**. V rámci teorie podávám relevantní teoretický přehled problematiky a v části empirické zkoumám výše uvedené téma pomocí dotazníku, který jsem vytvořila na podkladě teoretických východisek. Výzkum je **kombinací kvantitativního i kvalitativního přístupu**. K rozboru dat tedy přistupuji z obou hledisek. V **1. kapitole** přibližuji problematiku psychosomatických klientů popsáním **psychosomatického klienta** z různých pohledů. Popíši, jak vypadá jeho **kvalita života** a jaké faktory ji podporují. Budu se zabývat **specifickými rysy motivace** psychosomatického klienta. Nakonec popíši standardní formy **psychoterapie** psychosomatických klientů. V **kapitole 2** popisuji **relevantní teoretická východiska**, která souvisí s problematikou předmětu výzkumu, tj. s motivací. V **kapitole 3** se podrobněji věnuji **metodologické stránce** výzkumu, včetně hypotéz. **Kapitola 4** je určena **výsledkům výzkumu**, včetně návrhů obsahu motivačních rozhovorů pro psychosomatické klienty. V **5. kapitole** shrnuji závěry z výzkumu. V **diskusní části** této kapitoly dávám prostor pro zvážení všech kontextů výzkumu. V **Závěru** rekapituluji cíle výzkumu, jeho teoretickou a empirickou část, dosažené výsledky, přínos výzkumu a predikci dalšího vývoje.

1 PROBLEMATIKA PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ

Ráda bych začala u **problematiky psychosomatických klientů**. Zastavím se krátce u **historie** psychosomatiky; dále vymezím na pozadí různých přístupů své chápání toho, **kdo je psychosomatický klient** a zastavím se u **konceptu kvality života psychosomatických klientů**. Hluběji se budu zabývat jejich **specifikům** v **motivaci k psychoterapii**. Problematiku psychosomatických klientů uzavřu **psychoterapeutickými přístupy** indikovanými k jejich léčbě.

1.1 Vývoj psychosomatiky

Když čtu o **historii psychologie, psychoterapie** a také **psychosomatiky**, začíná již u **Platona**: ve spise „Critias“ Platón požaduje od lékaře, aby léčil nejenom tělo, ale i duši; jím chápaná lékařská péče se musí zaměřovat na celek. Kořeny této tradice ale sahají v historii člověka mnohem dál. Základním problémem psychosomatiky je **problém vztahu těla - psychiky**, posuzování kontinua **nemoci - zdraví** a **bio-psycho-sociálního + spirituálního kontextu**, v jakém je člověk s psychosomatickým onemocněním posuzován.

Proniknutí Descartova dualistického myšlení znamenalo zpřetrhání souvislostí mezi tělem a duší. Následný rozvoj vědy, která uvažovala v rámci tohoto rozdělení, vytvořil předěl mezi tím, co je tělesné a co je duševní. Došlo k tzv. mechanickému biologickému redukcioniismu. Zároveň lékaři a psychologové, tzv. somatici a tzv. psychici, započali svůj diskurs o podstatě duševních onemocnění. Tím vytvořili možnosti pro znovuobjevení psychosomatického přístupu. Období rané psychoanalýzy a rané psychosomatiky je spojováno se jmény **Nietzsche** a **Schopenhauer**. **Freud** potom svou psychoanalýzou, léčbou „mluvením“ klienta, otevřel cestu možnostem psychoterapie psychosomatických klientů. Dalšími důležitými jmény, která stála u zrodu psychosomatiky, jsou **Siebeck**, **svobodný pán von Weizsacker**, **von Uexküll**, **Engel** nebo **Heinroth**, který v roce 1818 použil v souvislosti s léčbou nespavosti poprvé termín „psychosomatika“. Dalšími důležitými jmény psychosomatiky 20. století jsou **Alexander**, **Dunbar** nebo **Lipowski**.

V rámci vývoje v psychosomatice vznikly **různé výkladové školy a modely onemocnění**. **Freud** byl se svým **modelem konverze** představitelem tzv. **holistického, celostního pojetí**. Specifikou jeho koncepce bylo tvrzení, že konkrétní psychologické příčiny způsobují konkrétní somatické choroby. Tělesné a psychické nemoci považoval za projevy vývojového narušení. **Adler** chápal somatické onemocnění jako **způsob životního vyjádření**, ve kterém hraje roli životní styl člověka a jeho vztahy. **Alexander** byl představitelem **klasické moderní psychosomatiky** předpokládající, že emocionální zážitek může aktivovat či potlačit funkci všech orgánů kortiko-talamickými cestami a vegetativními nervovými svazky. Podle něj byla všechna onemocnění psychosomatická. Model **Schurův** pracoval s tendencí člověka projevovat afekty skrze tělesné projevy; tzv. desomatizace vyjadřuje tyto tendence ve zralé formě kopírující odpovídající vývojovou úroveň jedince; tzv. resomatizace nastává v případě, že psychické strategie zvládnání zátěže selhaly a vedly k nárůstu napětí a k regresi na úroveň somatických reakcí. Mezi další modely patří např. **kognitivní model Grayův**, který zkoumá vztah mezi rysy osobnosti a somatickými reakcemi nebo **Reichův psychoanalytický styl** s analýzou charakteru v rámci teorie patologického vývoje. **Reich** a **Reknes** sestavili **tříúrovňový charakteroanalytický model** vývoje psychosomatického symptomu od úrovně neexistence somatických symptomů, přes funkční symptom po organický symptom. Model bere v úvahu časovou dynamiku a tři roviny dění.¹ Dále je to např. **Mitscherlichův koncept dvojfázového vytěsnění** a **model alexithymie ve francouzské psychosomatické škole**. K těmto modelům můžeme přiřadit i **model stresový**, který představuje i **Engelova** a **Schmahelova koncepce selhání obranných mechanismů** a **ztráty možnosti uspokojení** nebo koncepce **psycho-somatického podmiňování** a **nápodoby** (FALEIDE aj., 2010; HERETIK a kol., 2007; TRESS aj., 2008). Modely podstatné pro můj výzkum rozvedu v následujících oddílech.

1.2 Kdo je psychosomatický klient

Zdraví označuje WHO jako „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody; nejen nepřítomnost nemoci.*“ [vlastní překlad autorky této práce] (WHO, 2003, s. 1). Otázkou je, zda člověk tohoto stavu vůbec může docílit. **Zdraví** mohou chápat také jako výkonnost, spojenou se zvládnáním nároků života. Otázkou je zase přiměřenost těchto nároků; je otázkou

¹ Viz příloha č. I.

„zdravost“ určité společnosti, která klade na lidi nepřiměřené nároky. Zároveň zdraví mohou také považovat za něco, co není jednoznačně uchopitelné: ...*“Zdraví je pouhé slovo se spoustou nahodilých významů a tyto významy se vynořují v různých souvislostech různě...”* (PAYNE a kol., 2005, s. 11). K této definici se kloním asi nejvíce. Mohu ji přiložit i na to, co je **nemoc**. Kdo je zdravý a kdo je nemocný, je dílem dohody o stanovení normálnosti funkcí, dílem narušení rovnováhy organismu a dílem subjektivních potíží konkrétního jedince. **Zdraví** a **nemoc** není statický stav, nýbrž kontinuum, ve kterém se uplatňují bio-psycho-sociální a také spirituální faktory. Základem současného psychosomatického pojetí je **bio-psycho-sociální přístup** k příčinám, povaze, průběhu i důsledkům onemocnění. Psychosomatická porucha není konkrétní přesně vymezené onemocnění. **Pojem psychosomatická porucha** slouží spíše jako *„popisná zkratka pro ty případy, kdy duševní či duševně zprostředkované vlivy mají podstatný podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje především v oblasti tělesných funkcí nebo struktur.“* (BALCAR, 2011, s. 141).

V části 1.1 Vývoj psychosomatiky jsem zmínila **problém vztahu těla a psychiky**. Ve vztahu těla a psychiky je patrná dimenzionálnost a zpětnovazebnost. Psychosomatická porucha je podmíněna jak tělesně, tak psychicky. Jsou onemocnění, která jsou podmíněna daleko více tělesnými faktory (somatogenní) a naopak onemocnění, kde se nejvíce podílí faktory psychické (psychogenní). TRESS aj. (2008) obdobně rozlišují onemocnění se symptomatikou tělesnou (psychosomatická onemocnění v užším slova smyslu) a psychickou (psychoneurózy); zároveň přidává poruchy v sociálně-komunikační (interpersonální) oblasti a poruchy chování. V zásadě se dá říci, že u každého psychosomatického onemocnění se nějakým podílem uplatňuje tělesný i psychický vliv, a to v různém poměru. Proto diskuze o tom, zda se může dát rovnítka mezi psychosomatickým a psychogenním onemocněním, se mi jeví jako bezpředmětná. Zároveň je takové rovnítka kladeno mezi pojmy psychosomatické a psychosociální onemocnění. Zde se toto rovnítka jeví také jako zavádějící, protože nezahrnuje biologickou a spirituální dimenzi člověka. Tento pohled potvrzují i MORSCHITZKY a SATOR (2007), kteří se vymezují proti rovnítka mezi pojmy psychosomatický a psychogenní a argumentují tím, že toto rovnítka popírá komplexnost mnoha onemocnění. V literatuře se však zaměňování těchto pojmů hojně vyskytuje. Psychogenní onemocnění například definují Tress aj. jako odchylku od normy v rámci vnějšího a vnitřního chování, anebo psychických funkcí a struktur s etiologií psychosociálních životních okolností, které jsou zprostředkovány psychickými procesy a jejich tělesnými koreláty. Psychogenní onemocnění pak Tress aj.

chápu jako výraz poruchy ve vztahu k prostředí, především v mezilidských vztazích. Zároveň Tress aj. doporučují, aby se místo současného nosologického rozdělení psychogenních onemocnění na psychoneurózy, psychosomatózy a poruchy osobnosti vycházelo spíše z duševně podmíněných a spolu-podmíněných klinických obrazů nemoci, s níž se někdy setkáváme v podobě poruch tělesných, jindy poruch v prožívání a často poruch v mezilidských vztazích.

Na otázku, **kdo je tedy psychosomatický klient**, tak není snadné odpovědět. Odpověď na tuto otázku souvisí také s tím, přes jaké paradigma se budu na člověka dívat. V současné době je v diskursu o psychosomatickém onemocnění klientů obsaženo několik různých pohledů. Mezi těmito pohledy rozlišuji jako důležité **pohledy tři**. Je to pohled **psychodynamický-konfliktní**, **psychofyziologicko-stresový** a **kognitivně-behaviorální**. Kromě těchto pohledů je důležité počítat s **tělesnou konstitucí** daného jedince. V **základní psychosomatické léčbě** psychosomatických klientů se uplatňují všechny tyto pohledy. V mém výzkumu chápu psychosomatického klienta jako psychosomatického tehdy, když je v rámci určitého diagnostického a paradigmatického konceptu tak diagnostikován. V této podkapitole se ve stručnosti pokusím charakterizovat výše uvedené tři pohledy chápání psychosomatického klienta.

Psychodynamické-konfliktní pojetí vychází z psychoanalytického pojetí člověka. Tento pohled u nás reprezentuje např. PONĚŠICKÝ (2004, 2010, 2011). Základní příčinou vzniku a rozvoje psychosomatického onemocnění je podle tohoto pohledu **konflikt**. Člověk může mít dva základní patologické postoje ke konfliktu². Buď má deficit ve zpracování konfliktu, nebo se vyhne konfrontaci. První případ se týká tzv. **somatizace**, druhý **konverze**.

Somatizace v psychodynamickém pojetí je spojená se strukturálním vývojovým deficitem, tedy sníženou kapacitou schopností ke zpracování životních událostí. Pro takového člověka je těžké diferencovaně vnímat své pocity i pocity druhých lidí; zároveň je na reakce druhých lidí vůči své osobě extrémně závislý. Často se u něj proto rozvíjejí negativní emoce, jako jsou zášť, zloba nebo opovrhování. V takovém člověku je trvale přítomno vegetativní napětí, které způsobuje tělesné onemocnění. Místo afektu se ukazuje na jedinci tělesný projev. Do této skupiny patří **vývojový deficit** u narcistické poruchy osobnosti a **potlačení** u posttraumatické stresové poruchy či poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie bez

² Pokud konflikt jedinec řeší, můžeme mluvit o postoji třetím; ten ovšem nepokládám za patologický.

zvracení, bulimie se zvracením). V případě posttraumatické stresové poruchy a poruchy příjmu potravy je ústředním konfliktem prožité trauma. Trauma nemůže být integrováno do běžného života a zůstává oddělené. Tělesně uložené zkušenosti nemohou být převedeny do jazyka a integrovány do celku životního příběhu. Tělesný symptom je proto vlastně výrazem traumatických zkušeností.

Konverzní (disociativní) poruchy v tomto pojetí vznikají tam, kde dochází k **vyhýbání** se konfliktu. Tělo je pro vyjádření konfliktu jakýmsi jevištěm. Patří sem deprese, hysteriíonská porucha osobnosti či chronické bolesti. Konverze je výrazová nemoc zrcadlící vnitřní problematiku a tělesný symptom funguje jako výraz pro konflikt. Pacient sděluje konflikt v symbolické rovině okolí, ale není si vědom obsahu konfliktu. Onemocněním signalizuje touhu po pomoci a podpoře. Onemocnění se často týká motoriky, senzoryky, vědomí i celých orgánových systémů.

Psychofyziologicko-stresové pojetí pracuje s reakcí člověka na zátěžovou situaci. Reakce se skládá z osobní historie, základního fungování, tělesných korelátů duševního hnutí, rodinných tradic, společenských norem a dalších oblastí života jedince, který zvažuje mezi ziskem a svobodou. Toto pojetí se vyznačuje různými dimenzemi a zpětnovazebností v rámci těchto dimenzí. Co mám na mysli? Můžeme si představit, že život člověka se dá rozčlenit na různé úrovně podle toho, co vstupuje do dynamiky jeho vztahů k sobě a okolí. Obrázek v příloze č. II rozlišuje tyto úrovně BALCAR (2010, s. 364, 2011)³. Mohu je chápat jako **úrovně vztahového prostředí člověka**. Mezi tyto úrovně patří **orgán** s jeho strukturou a funkcí, **organismus** se schopností regulace, **osobnost** s jejími dispozicemi a ději, **společenství**, jako jsou rodina a jiné důležité skupiny. Zároveň jsou tyto úrovně otevřeny po vertikále směrem nahoru i dolů pro další pokračování; kam všude sahá životní síla člověka, kam sahají jeho vztahy. Pokud panuje na těchto úrovních rovnováha, nic významného se nestane, pokud se poruší na některé úrovni, je pravděpodobné, že úroveň jiná vyváží toto narušení. Pokud však je narušení významné nebo dlouhodobé, člověk onemocní. Na všech těchto úrovních dochází k reagování, odpovídám na určitou situaci. Tyto odpovědi vystihují různé teorie stresu. Je evidentní, že takový svět je svět celostní, komplexní, nebo také holistický. Člověk je pojímán v bio-psycho-sociální-spirituální dimenzi. Onemocnění člověka se neděje pouze na úrovni tělesné, ale také na úrovni psychické, sociální i duchovní. Takové onemocnění se musí diagnostikovat a léčit v rámci kontextu těchto úrovní.

³ Viz příloha č. II.

Třetím pojetím je **pojetí kognitivně-behaviorální**, který navazuje na klasickou teorii Pavlova o podmiňování. U nás ho představují např. RAUDENSKÁ a JAVŮRKOVÁ (2011). Autorky vycházejí z předpokladu přímého vztahu podmiňování k tělu a tím i k psychosomatickým onemocněním. Chování jedince, upevňované v procesu učení, je dle tohoto předpokladu spojeno s přímou fyzickou reakcí. V této práci mi však nejde o takové chování, ale o psychosomatiku. Způsob, v jakém člověk reaguje na konfliktní a zátěžové situace, není arbitrární, libovolný, ale závisí na řadě faktorů; kromě jiného i na faktorech učení. Týká se to všech forem učení: habituace, klasického podmiňování, instrumentálního podmiňování nebo operantního podmiňování. Zejména poslední typ učení je důležitým motivátorem pro výběr určitého reagování (včetně tělesných změn) určitým člověkem na základě jeho odměňování a trestání. Dalšími formami učení, které vstupují do volby určitého způsobu reagování a k jeho upevňování pro určité situace, je učení sociální a různé kognitivní postupy v učení, např. mentální reprezentace situace, která tvoří základ pro vyvolání určité reakce. Z kategorie kognitivně-behaviorálního pohledu vznikly teorie, jako jsou např. naučená bezmocnost a teorie atribuce, teorie vnímané zdatnosti nebo trénink očkování proti stresu a další. Učení je komplexní proces a děje se prostřednictvím pozorování nebo napodobování a prostřednictvím zkušeností na nejrůznějších úrovních. Člověk si vědomě i nevědomě vytváří četné scénáře a strategie ke zvládnutí různých problémů. Kognitivně behaviorální pohled se příliš nezatažuje minulostí a snaží se pracovat se symptomy.

Všechny tři pohledy (psychodynamicko-konfliktní, psychofyziologicko-stresový i kognitivně-behaviorální) mají určitá specifika v pohledu na psychosomatického klienta, a tak i v jeho léčbě. Pro můj výzkum by bylo vhodné vytvořit integrativní model, podobný, jaký vyvinul PROCHASKA a. DICLEMENTE (1983) v rámci svého transteoretického modelu procesu změny, uplatňující se v psychoterapii. Tento model, dále zpracovávaný Prochaskou ve spolupráci s dalšími autory (např. PROCHASKA, et al. 1992; PROCHASKA a. VELICER, 1997; PROCHASKA a NORCROSS, 1999) reflektuje rozdíly a zároveň společné faktory, na kterých stojí základní psychoterapeutické systémy. Model mapuje úrovně problémů, stadia změn i procesy, které vstupují do psychoterapie. Toto bádání vyústilo ve vytvoření modelu, který, dle mého názoru, chybí v oblasti psychosomatiky. Svůj výzkum jsem založila na pojetí stonání člověka v kontextu transteoretického modelu procesu změny. Je velmi obtížné, při neexistenci integrativního rámce v psychosomatice, zachytit společné faktory všech pohledů na psychosomatického klienta. **Proto psychosomatického klienta ve**

svém výzkumu operacionálně definuji jako klienta psychosomatických pracovišť, který byl v rámci jejich přístupu takto diagnostikován.

Na závěr bych ráda citovala antropologa Murphyho, kterého postihla na vrcholu jeho kariéry tělesné ochrnutí. Bylo pro mne zajímavé, jak uvažoval o svém těle a psychice, jak se vyrovnával se svým těžkým životním údělem. Murphy napsal o své postupující nemoci svůj antropologicky zpracovaný životní příběh, který může v mnohém rozšířit úvahy o psychosomatickém klientovi; o zdraví a nemoci, o tělu a psychice a rozměrech osobnosti člověka: *“Tělo se nade mnou uzavírá, a tím se mi uzavírá i svět...Rostoucí mlčenlivost těla proniká do vnímání světa...musím bojovat s nutkáním ke stále větší pasivitě...ale je tu i určité bezpečí a úleva - vracet se každou noc do své malé kukly, do zámotku z teplé elektrické deky a být uložen v mikroprostředí sestávajícím z nejnezbytnějších věcí člověka. Je to únik od komunikace s jejími úskalími sociálních pout a závazků, ústup do soukromého intelektuálního světa. V takových chvílích putuje má mysl do nejvzdálenějších končin. V takovém hlubokém tichu člověk nalézá zvrácenou svobodu.”* (MURPHY, 2001, s. 156).

1.3 Psychosomatictí klienti a kvalita života

WHO definuje **kvalitu života** jako *„individuální vnímání svého postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterém jedinci žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široké rozmezí pojetí a zahrnuje komplexní oblasti, jako je fyzické zdraví člověka, psychický stav, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, osobní přesvědčení a jejich vztah k hlavním charakteristikám jejich prostředí.“* [vlastní překlad autorky této práce] (WHO, 1997, s. 1). Kvalita života je také speciální metodický postup, pomocí kterého se posuzuje jedinec na škále zdraví - nemoc. Kvalita života se posuzuje z několika rovin. Dimenze kvality života obsahuje složku objektivní i subjektivní a ovlivňují ji vnitřní a vnější faktory. Jak již bylo uvedeno v podkapitole 1.2 Kdo je psychosomatický klient, organizace WHO definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tedy ne jako pouhou nepřítomnost nemoci či slabosti. K posouzení zdraví je důležité, kromě objektivních kritérií, subjektivní vyjádření daného jedince. Celková kvalita života a celkový zdravotní stav se proto posuzuje na rovinách zdraví fyzického, psychického, rovině nezávislosti, sociálních vztahů, životního prostředí a spirituality (WHO, 1997, s. 6).

Kvalita života psychosomatických klientů je tedy dána **vnějšími i vnitřními faktory**. Mezi **vnější faktory** patří přístup společnosti, resp. lékařů, pojišťoven, ale i okolí klienta k možnosti diagnostikování tělesného onemocnění jako psychosomatického. Tress aj. uvádějí, že ¼ dospělých ve velkoměstech trpí duševním nebo psychosomatickým onemocněním; přičemž 12% dospělých trpí psychosomatickými poruchami, 7% neurotickými a 6% osobnostními. Ženy mají sklon k psychosomatickým, depresivním a primárně tělesným poruchám; muži k poruchám závislostním. K primárně psychosomaticky a sekundárně psychosomaticky nemocné skupině patří především sociálně slabší vrstvy obyvatel. Problémem v oblasti těchto poruch jsou **chybné diagnózy a chybné způsoby léčby**, případně **nedostatečně diagnostikovaní pacienti**. Podle Tresse aj. je většina takových pacientů adekvátně diagnostikována až po 7 letech. Dochází k nesprávné indikaci psychoterapeutické péče o nemocné, protože se neposkytuje vůbec, nebo k ní není přistoupeno včas. Pacientům se nedostává adekvátní léčby, dosahují horší léčebné výsledky a to přináší paradoxně zvýšené náklady ve zdravotnictví. To potvrzují i SCHAEFERT, et al. (2012), kteří uvádějí, že 4 - 10% osob z celkové populace a 20% pacientů v primární péči mají nespecifické, funkční a somatoformní tělesné obtíže. Ty mají často chronický průběh, a to výrazně zhoršuje jejich kvalitu života. Léčba chronických onemocnění může vést k vysokým nákladům. Téma včasné a správné diagnózy a terapie psychosomatických poruch tak úzce souvisí s kvalitou života psychosomatických klientů.

Aby se kvalita života těchto klientů zvýšila, je optimální věnovat **pozornost prevenci na všech jejích úrovních** (primární, sekundární, terciální). Cílem **primární prevence** je onemocnění předcházet, tzn. odstranit příčiny onemocnění a psychosociální rizika vedoucí k onemocnění. Zaměření na životosprávu, zátěžové situace a především zachování rytmu napětí a uvolnění, práce a odpočinku, působí preventivně proti vzniku onemocnění. **Sekundární prevence** zahrnuje včasnou diagnostiku již vzniklé nemoci a zabránění jejímu rozvinutí. S tím souvisí osvěta, specifická péče (psychosomatická rehabilitace, poradenství, psychoterapie, aktivační léčba apod.) a důraz na oblasti, jako jsou kompetence v mezilidských vztazích, schopnost řešení problémů, zvládání zátěžových a každodenních úkolů v životě a flexibilita. **Terciární prevence** se vztahuje k osobám, které již prodělaly psychosomatickou nemoc. Jde o to zabránit jejímu návratu a chronifikaci (KEBZA, 2005; KŘIVOHLAVÝ, 2009; PONĚŠICKÝ, 2010).

Do oblasti kvality života a prevence vstupuje nejenom vnější prostředí, ale i **vnitřní faktory psychosomatického klienta**, který volí způsoby svého chování vedoucí k lepší nebo naopak horší kvalitě života, a to na vědomé, nebo na nevědomé úrovni. Existuje řada teorií (některé byly naznačeny v podkapitole 1.2 Kdo je psychosomatický klient), které vysvětlují v rámci určitého pohledu na psychosomatického klienta chování, které zdraví podporuje, případně způsobuje rezistenci vůči onemocnění, nebo naopak podporuje vznik onemocnění. Důležitou **rolí hrají protektivní faktory a osobnost jedince**. Protektivní faktory a osobnostní dispozice jedince zároveň vstupují do **motivace** lidského chování. V mém výzkumu vstupují tyto faktory a dispozice do motivace psychosomatických klientů k psychoterapii.

Mezi **protektivní faktory**, které se uplatňují jako ochranný štít v přítomnosti rizik, patří především dovednost opatřit si **sociální oporu**. Dále je to **prožitek naděje, optimismus a humor**. Základním protektivním faktorem je **odolnost** vůči rizikům onemocnění, které pramení z přesvědčení, že můžeme ovlivňovat důležité věci v životě. Koncept odolnosti zahrnuje **různé složky**. Základní složkou je víra ve vlastní schopnosti, podporující **sebeuplatnění** (BANDURA, 1977). Sebeuplatnění vychází ze sociálně kognitivní teorie učení, která pracuje s pojmem sebe-účinnosti, vírou ve vlastní schopnosti a možnostmi je uplatnit; vírou, že určité chování povede k určitému výsledku. Sebeuplatnění je základem pro nové chování (pokud je potřeba), např. v souvislosti se zdravím. K měření vlastní účinnosti byly vyvinuty dotazníky, standardizované v různých kulturách, které jsou využívány v oblastech odvykání kouření, výživy, zvládání stresu apod.

Další protektivní faktory vystihují následující pojmy: **příčinné přisuzování**, odhalující vnímání příčin vlastního jednání a jednání druhých (HEIDER, 1958). Na Heidera navazuje pojetí **místa řízení** (ROTTER, 1966). Lidé se podle této koncepce liší podle toho, jaká mají očekávání a přesvědčení vzhledem k možnostem jejich chování a důsledků. Dále je to **smysl pro soudržnost** (ANTONOVSKY, 1993), který zdůrazňuje schopnost člověka čelit extrémním podmínkám a situacím nebo **optimální zkušenost** (CSIKSZENTMIHALYI, 1997), která vychází ze zaujetí činností, z plynutí (tzv. flow), které posiluje vědomí ovládnutí událostí člověkem, a tím zvyšuje optimální zpětnou vazbu a zkušenost, a tak zvyšuje schopnost jedince čelit nepříznivým vlivům. Na ovládnutí událostí člověkem je založena i **sebedeterminační teorie** RYANA a DECIHO (2008), která zde rozlišuje i tři typy motivace (vnější, vnitřní, tzv. amotivaci). S prvkem ovládnutí událostí takto pracuje i BALCAR (1993),

když píše o **osobní příčinné orientaci**, tzn., jak člověk chápe sebe sama jako spoluurčovatele událostí ve svém životě. Navazuje tím na předchozí teorie, které pracují s prvkem ovládnutí, včetně koncepce Rottera. Balcar rozlišuje **tři typy příčinné orientace**, vnitřní, vnější a neosobní. Jedinec s **vnitřní příčinnou orientací** sebe vnímá jako někoho, kdo může zvolenou činností ovlivňovat události ve svém životě. Tento jedinec disponuje jak sebeurčením, tak kompetencí. Jedinec s **vnější příčinnou orientací** se domnívá, že ovlivňuje události ve svém životě prostřednictvím druhých, když splní jejich požadavky. Kompetence je zachována, ale má málo sebeurčení. Nakonec jedinec s **neosobní příčinnou orientací** má málo sebeurčení i kompetence, protože se domnívá, že jeho činnost a volby nemají na to, co se v jeho životě stane, žádný vliv. Okolí se tedy chová vůči člověku naprosto nahodile. V kapitole 2.2 Transteoretické východisko výzkumu se k tomuto pojetí motivace vrátím podrobněji, protože se vnitřně prolíná s transteoretickým modelem procesu změny, který se stal podkladem pro můj výzkum.

Co se týče role **osobnostních vlastností jedince** v prevenci, existuje řada typologií, které úzce souvisí s problematikou psychosomatických klientů. Klasickou typologií je typologie **osobnostních typů A, B** (FRIEDMAN a. ROSENMAN, 1974), později dopracována na **typy C** (GROSSARTH-MATICEK, et al., 1993), **D** (BARTROP, et al., 1977). Každý uvedený osobnostní typ disponuje specifickými charakteristikami chování, které ovlivňují možnost vzniku psychosomatického onemocnění. Příslušnost jedince k určitému typu není definitivní; je možné ji změnit. Jedinec rovněž kombinuje svými osobnostními rysy několik osobnostních typů. Z dosud popsanych osobnostních typů se jeví **osobnost typu A** jako zásadní ve vlivu chování jedince na rozvoj psychosomatického onemocnění.

Osobnost typu B je schopna uvolnění bez pocitu viny, dokáže v klidu žít a pracovat, vede zdravý životní styl. Zdraví takové osobnosti nebude pravděpodobně ve velkém ohrožení (pokud hovoříme o vlivu osobnosti na zdraví). Oproti tomu **osobnost typu A** s sebou nese, díky odlišnostem ve fungování nervového systému, možné problémy se zdravím. Osoba typu A je značně vznětlivá, popudlivá, s nízkou frustrační tolerancí a neschopností se uvolnit a odpočívat. Její organismus je psychicky a tělesně přetěžován, takový člověk je ohrožen zejména kardiovaskulárními potížemi. Na základě znalostí problémového chování osoby typu A bylo vytvořeno několik léčebných programů a diagnostických nástrojů.

Osobnosti typu C a D jsou pokládány za pokus zahrnout tendence určitých osob onemocnět depresí nebo rakovinou. Charakteristiky těchto typů však nejsou jednoznačně potvrzeny. **Osobnost typu C** bývá označována za pravděpodobně karcinogenní, u které se vyskytuje syndrom bezmoci a beznaděje (SELIGMAN, 1975). Stav bezmocnosti a beznadějnosti, tj. pocit neovlivnitelnosti stresu, vede k vyhýbání se konfliktu, somatizaci konfliktů, „užírání“ zevnitř, stálému napětí, úzkosti a depresivitě. To vede samozřejmě k rozvoji psychosomatických onemocnění a zároveň ke ztrátě motivace, jako důsledku selhávání v ovlivňování životní situace. Jiní autoři typu C přisuzují chování, které je charakteristické perfekcionismem a absencí asertivity. Osobnost typu C, dle těchto autorů, potlačuje své touhy a trpí nedostatkem sebevědomí; to vede k napětí a rozvoji deprese. Špatně snáší změny, má silnou potřebu plánování a je přehnaně kritická k sobě i druhým. Na stres reaguje rozvojem deprese, beznadějí, je náchylná také k onemocnění rakovinou (RADWAN, 2015; WITT, 2015). **Osobnost typu D** je depresivní, s tendencí prožívat negativní emoce a potlačovat ve vztahu své chování. U takové osoby dochází v souvislosti se smutkem k oslabení funkce imunitního systému. RADWAN (2015) u osobnostních rysů osobnosti typu D zdůrazňuje „zoufalý pesimismus“, negativismus, strach z nesouhlasu a odmítnutí, nízké sebevědomí. Potlačování emocí, zejména negativních, podporuje vznik deprese. O'RIORDAN (2010) poukazuje na tendence k chronickým formám psychického strádání, sociální inhibici, úzkosti, depresi a kardiovaskulárním příhodám.

Ve výzkumu jsem se nezabývala osobnostmi klientů psychosomatických pracovišť jako proměnnou. Jistě by v podobném dalším výzkumu bylo možné klientům předložit rovněž osobnostní dotazník, který by zkoumal souvislost určité fáze motivace psychosomatických klientů k psychoterapii s jejich osobnostním typem.

1.4 Specifika motivace psychosomatických klientů k psychoterapii

*„Motivace představuje hybné síly psychického charakteru, vedoucí k zaměřenému chování s určitou intenzitou...Hlavními **motivačními faktory** sociální povahy jsou potřeby, zájmy, hodnotové orientace a částečně postoje.“* (JANOUSĚK a SLAMĚNÍK, 2011, s. 158). Ve své práci se orientuji na postojové faktory motivace psychosomatických klientů k psychoterapii. *„Postoj je osvojená psychická dispozice, která trvale charakterizuje*

výběrovost člověka při přijímání vlivů zvnějšku a při činnosti vůči okolnímu prostředí.“ (JANOUSEK a SLAMĚNÍK, 2011, s. 153). Jde o „hodnotící vztah k jevům okolního světa i k sobě samotnému projevující se v poznávání, prožívání a činnosti.“ (JANOUSEK a SLAMĚNÍK, 2011, s. 159). Změna postoje má být optimálně navozována pomalu a postupně, jinak hrozí spíše jeho zafixování, nikoliv změna (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2004).

Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii je předmětem velkého zájmu psychosomatických lékařů a terapeutů. Do motivace psychosomatického klienta vstupují faktory, které byly již dříve naznačeny v podkapitole 1.3 Psychosomatictí klienti a kvalita života, tedy **postoj** společnosti, lékařů, terapeutů i okolí klientů a potom jejich **osobnost**, prvky **ovládání událostí** v jejich životě a další **protektivní faktory**. Dalšími činiteli vstupujícími do motivace psychosomatických klientů k psychoterapii je i **primární** a **sekundární prospěch** z psychosomatického onemocnění nebo **odpor** klienta, popřípadě terapeuta. Těmto tématům se věnuji v této podkapitole.

Psychosomatictí klienti často trvají na ryze somatickém pohledu na onemocnění a odmítají z nejrůznějších důvodů celostní pohled. Mohou to být právě výše zmiňované důvody. Je důležité, aby se v procesu základní psychosomatické péče věnovala pozornost **motivování klienta** k tomu, aby své **obtíže chápal v bio-psycho-sociálním kontextu**, popřípadě i spirituálním (i když to je spíše práce duchovního, než terapeuta). Celostní pohled ze strany terapeutů a samotných klientů tak přispívá k tomu, že psychosociální aspekty onemocnění, stav nemoci a uzdravování jsou zohledňovány úměrně svému významu v konkrétních případech. Základní psychosomatická péče pracuje samozřejmě také se somatickým pojetím nemoci a potřebuje odlišit ryze tělesné onemocnění, ale zároveň vyžaduje přesvědčit klienta o případné komplexní povaze jeho onemocnění. Někteří terapeuti mají názor, že klienta, který není motivovaný pro psychoterapii, není možné do psychoterapie přijmout. Na druhé straně, součástí psychoterapie je také **motivační práce s klientem pro psychoterapii**, a proto nemůže celý díl odpovědnosti za motivaci k psychoterapii ležet jenom na klientovi. Kromě základních postojů terapeuta, jako je respekt, autenticita, přijetí, vytvoření důvěrného, bezpečného vztahu, je důležité sladit pohled terapeuta se subjektivním modelem nemoci klienta a jeho očekáváními a motivovat klienta pro psychoterapii, je-li pro léčbu potřebná. Je důležité, aby byl klient schopen přijmout význam psychosociálních faktorů a akceptoval význam stresových faktorů a krizí v souvislosti s jeho onemocněním. Důležité je

výše uvedené sladování, resp. přizpůsobení očekávání ze strany psychosomatického klienta (TRESS aj. 2008).

Co prožívají ve vztahu k psychoterapii psychosomatictí klienti? Není psychoterapie pro ně možným ohrožením? Ohrožením jejich sebepojetí? Ohrožením zisků z onemocnění? FALEIDE aj. (2010) uvádějí, že všichni klienti se somatickými symptomy mají **strach z psychoterapie**. V první řadě se obávají zjištění, že nejsou psychicky v pořádku. To znamená, že „*nebudou již považováni za nemocné, ale za psychicky 'nenormální'*“ (FALEIDE aj., 2010, s. 217). To souvisí opět s tím, co jsem popisovala v předchozím odstavci. Je důležité ujistit klienta a vysvětlit propojenost somatických symptomů s psychickými problémy. U klientů narážíme také na tzv. **primární a sekundární zisk z nemoci**. BALCAR (2010) píše o tzv. **bludném kruhu** v souvislosti s psychologickými zisky z onemocnění. Tělesná porucha plní v životě jedince nějakou pozitivní funkci (komunikace emocí a potřeb) a ztrátou poruchy, uzdravením, dojde paradoxně k narušení této funkce. Tím se udržuje tzv. bludný kruh onemocnění. Reakce na případnou psychoterapii tak může být odpor.

Primárním ziskem je odeznění narůstajícího napětí v průběhu onemocnění, které odeznívá s manifestací prvních příznaků onemocnění. Pacient proto pociťuje úlevu (KEBZA, 2005; KŘIVOHLAVÝ, 2009). „*Tělesné vyjádření, jemuž je přisuzován status chorobného symptomu, je přece jen vyjádřením, respektive zlomkovitým uskutečněním frustrovaných potřeb nesrozumitelnou formou nemoci, jejímž významem se pacient nemusí zabývat, což znamená, že jeho vnitřní psychická rovnováha není zpochybněna, narušena.*“ (PONĚŠICKÝ, 2010, s. 4). Pokud by se psychosomatický klient významem symptomů zabývat měl, mohl by tento fakt vnímat jako ohrožující. Primárním ziskem může být také příklad „splacení“ vnímaného provinění vlastním utrpením: matka cítí vinu za to, že svou nedbalostí zavinila onemocnění dítěte a odčiňuje tuto vinu tím, že kvůli péči o dítě trpí únavou a nedostatkem spánku. To se děje na nevědomé rovině.

Sekundárním ziskem je využívání symptomu k působivé komunikaci s okolím. Jde dosažení psychologického zisku cestou manipulování s lidmi a okolním prostředím (FALEIDE aj. 2010). „*...Výhody zahrnují mj. zvýšenou úroveň sympatie, pozornosti a tolerance vůči přestupkům, prohřeškům a chybám.*“ (KEBZA, 2005, s. 38). Sekundární zisk přináší potvrzení sociální role nemocného; jde o složité komunikační chování na různých úrovních sloužící změně.

Psychosomatická porucha je důsledkem, komunikací i nástrojem pro fungování vztahů také v **rodinném systému**. Psychoterapií psychosomatických klientů mohou tedy leckdy mnoho ztratit; svoje postavení a roli v rodinném systému, sociální oporu, péči, úlevu od odpovědnosti a povinností, odpočinek od každodenních problémů a odklad řešení nepříjemných věcí.

V rámci rodinné struktury komunikují pomocí psychosomatického onemocnění především **děti**. Skrze dítě, resp. skrze jeho onemocnění, se rodina vyhýbá ohrožujícím konfrontacím tím, že na místo řešení, např. manželského konfliktu, věnuje péči a pozornost nemocnému dítěti. Dítě se nabízí rodičům jako spojovací článek. Může se tedy stát, že mimo rodinu obtíže dítěte vymizí, aby se vrátilo jeho návratem do rodiny, resp. do její atmosféry. Pokud by se dítěti onemocnění „vzalo“, může to být ohrožující jak pro něj (rodiče by se mohli rozejít), nebo pro samotnou rodinu (rodiče by museli řešit svůj vztah). Často se potom stane, že roli nemocného převzme někdo jiný z rodiny, aby udržel stávající rovnováhu. Typickými vlastnostmi rodiny, kde některý z členů onemocní, jsou propletené a příliš těsné vztahy neschopné změny, nebo naopak příliš rozvolněné vztahy, ve kterých chybí sdílení citů a osobních prožitků. Odměnami (případně tresty) se způsob řešení problémů pomocí psychosomatického onemocnění upevňuje (BALCAR, 2011).

PONĚŠICKÝ (2004, 2010, 2011) v souvislosti s motivací psychosomatických klientů k psychoterapii zdůrazňuje **dynamiku vztahu mezi klientem a terapeutem** a **existenciální dimenzi** motivace k psychoterapii. Předpokladem úspěšné psychoterapie je rozhodnutí klienta vzdát se některých dosavadních dysfunkčních vzorců chování a uskutečnit změnu ve svém životě. Klient se vzdá svého dosud zdánlivě nezbytného způsobu reagování a bude chtít uskutečnit změnu jen tehdy, pokud ve spolupráci s terapeutem vytvoří naději na příznivější výsledek. Zároveň je nutné klienta získat pro představu náročné práce na sobě s variantou pokroku i možného neúspěchu. Klient se musí otevřít skutečnosti ve svém životě, kterou doposud odmítal přijmout, protože mu v tom bránil stud, vina, strach, úzkost apod. To často budí **odpor**. Klient kvůli nejistotě a retraumatizaci dává přednost důvěrně známému chování, i když si zároveň přeje změnu. Je tedy důležité, aby se změna, ve smyslu porozumění a otevření se nežitému, odehrála napřed u terapeuta. Postoj terapeuta ovlivňuje klientovo rozhodnutí ke změně prostřednictvím psychoterapie, protože se klient s postojem terapeuta identifikuje. Prvořadý je dobrý vztah mezi terapeutem a klientem. V takovém vztahu je možné nechat vyjádřit klienta jeho subjektivní teorii o jeho onemocnění, se kterou je pak nutné vyrovnat se v terapii. Odpor psychosomatického klienta k psychoterapii a v průběhu

psychoterapie souvisí také se **strachem**, úzkostí ze svobody, neakceptací nejistoty v životě a obavou z převzetí zodpovědnosti v nově nabyté svobodě. Psychosomatické onemocnění a změna postoje vyžadovaná psychoterapií je odpovědí na existenciální otázku po nalezení a rozšíření vlastního „já“. To přináší nové, existenciální konflikty lidské existence mezi „*egoismem a altruismem, mezi lidskou závislostí na druhých a nezávislostí a svobodou, mezi přáními a vlastními omezenými možnostmi, mezi odvahou a nutností dělat kompromisy.*“ (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 180).

Psychosomatictí klienti, kteří psychoterapii vyhledají, protože **jsou pro ni motivováni**, chtějí získat zdravou vládu nad svým životem. Chtějí rozvinout svůj potenciál, mít uspokojivé vztahy a dělat vlastní rozhodnutí v životě. Jsou samozřejmě i ti, kteří **do psychoterapie nikdy nedorazí**: nemají velké problémy, a ty, které mají, řeší pouze prostřednictvím somatické medicíny. Případně psychické obtíže řeší pomocí sociální opory své rodiny a přátel. Podle VRTBOVSKÉ (2009) někteří lidé nepovažují za zdravé nořit se introspektivně do sebe a berou život takový, jaký je; nenapadne je něco měnit; neuvažují o skrytých oblastech svého života a také nechtějí přiznat svou slabost.

Práce s motivací ke změně je proto velice důležitá. Teorie, naznačené v podkapitole 1.3 Psychosomatictí klienti a kvalita života, pracující převážně s komponentou vlády člověka nad událostmi v jeho životě, ukazují, jaké protektivní faktory působí pro zachování zdraví. Z těchto teorií je však patrné, že řada lidí se chová tak, že svým chováním spíše podporuje vznik a trvání onemocnění. Je proto důležité pracovat na změně jejich chování směrem k reagování, které zdraví podporuje. Změnami chování se zabývá samostatná oblast aplikované behaviorální vědy v medicíně, která systematicky pracuje s ovlivněním chování a jeho změnou. Změny v chování představují složitě propojené komplexy zjevného a skrytého chování, prožitků, motivů, postojů a jejich hodnocení apod.

Modely, které slouží k práci na změně chování., se staly podkladem pro vznik řady diagnostických dotazníků a terapeutických i programů. Jde např. o **model víry ve zdraví** (BECKER, 1982)⁴, **model logického, odůvodněného jednání** (AJZEN a. FISHBEIN, 1980)⁵

⁴ **Model víry ve zdraví** předpokládá tendenci člověka k ochraně svého zdraví, pokud vnímá riziko ohrožení nemocí a pokud je přesvědčen, že jeho chování má vliv na toto riziko. Model se skládá z 2 základních komponent: vnímání ohrožení, hodnocení doporučeného chování a 5. dalších komponent: vnímavost, citlivost jedince, vnímaná obtížnost, vnímaný přínos, vnímané obtíže, podněty k činnosti. Model pracuje s vírou a nadějí, která je asociována s vyléčením.

nebo **Leventhalův samoregulační model** (cit. dle MAREŠ a JEŽEK, 2012)⁶. Z různých modelů ve svém výzkumu volím **transteoretický model procesu změny**, který pracuje se změnou chování jako procesem změny. Má 6 komponent (fáze): prekontemplace, rozjímání (kontemplace), příprava (preparace), akce, udržení a relaps (PROCHASKA a. DICLEMENTE 1983; PROCHASKA, et al. 1992; PROCHASKA a. VELICER, 1997; PROCHASKA a. NORCROSS, 1999). Model se používá v různých oblastech života, např. odvykacích programech, v oblastech zvyšování kvality života, výzkumu efektu a procesu psychoterapie apod. V českých podmínkách pracuje s tímto modelem pouze Světlák aj. (2007). Autoři se soustřeďují na odvykání kouření a kvalitu života (SVĚTLÁK aj., 2007; SVĚTLÁK a. KUKLETA, 2003). Transteoretický model procesu změny jsem použila ve své práci a blíže se mu budu proto věnovat v kapitole 2 Teoretická východiska výzkumu motivace psychosomatických klientů k psychoterapii.

V psychosomatických zařízeních, zapojených v mém výzkumu, **s motivací psychosomatických klientů pracují různým způsobem**. Psychosomatická klinika na Praze 6 nabízí klientům fracionované stacionáře, které mají edukativní a zážitkovou formu. Stacionáře slouží rovněž jako určitá „předterapie“ v době, kdy klienti z různých důvodů na psychoterapii čekají (zejména z důvodů kapacitních). Pomocí dotazníku terapeuti na klinice mapují pojetí nemoci klientem. Psychosomatická klinika ve Šternberku pracuje především s bolestí klientů. Potíže s motivací k psychoterapii terapeuti této kliniky neuvádí, protože jejich klienti přichází opakovaně a psychoterapeutické intervence znají. Spíše nemají jejich klienti motivaci brát medikamenty. V Centru psychosomatické péče Roseta a Dobříchovice měli terapeuti zpočátku problém s motivací klientů, kteří přišli na doporučení od jedné nejmenované lékařské autority. Lékař jim prostě řekl, že mají přijít, a tak přišli. Problém byl

⁵**Teorie logického, odůvodněného jednání** se vztahuje k postojům a chování člověka. Model se skládá z 2 komponent (skupin přesvědčení): přesvědčení o důsledcích určitého chování a hodnocení těchto důsledků (postoj); přesvědčení o tom, co druzí soudí o vykonaném chování (subjektivní normy). Tento model se využívá v odvykacích programech.

⁶**Samoregulační model** zkoumá klientovo pojetí nemoci. V dotazníku, který z tohoto modelu vychází, se uplatňují okruhy zdravotních potíží pacienta, osobní soukromé pojetí nemocí pacientem a jeho názory na příčinu nemoci. Jde o vztah mezi onemocněním pacienta, jeho vnímáním nemoci a jeho behaviorální reakcí. Pacientovo pojetí nemoci je důležité pro jeho vyléčení a tedy i pro chování podporující zdraví. Tento model využívá např. Psychosomatická klinika na Praze 6, kde jsem uskutečňovala svůj výzkum.

však v tom, že přišli jednou, ale podruhé již ne. V centru uvádí terapeuti problém, jak motivovat lékaře, kteří mají klientům psychoterapii doporučit. Do budoucna uvažují o „půjčování“ týmu z centra, který by dojížděl ke klientům somatických lékařů. Jde ovšem o drahý projekt. Problém je i cena za komplexní psychosomatické vyšetření. S klientem pracují především na doladění zakázky a na očekávání, které s motivací souvisí. Na webu umisťují dotazníky, které mapují zájem klientů o produkty, nabízené centrem. V Centru psychosomatické péče Péxis s motivací pracují nepřímo tím, že umožňují klientům zorientovat se na 1-3 úvodních sezeních. Jde především o navázání spojení, ústní edukaci, názorné ukázky psychoterapie a vytvoření smluvního závazku. Psychosomatické pracoviště externího týmu Praha se soustřeďuje na hledání zakázky klienta a na to, jaký význam mají pro klienta jeho obtíže. S klientem potom pracují podle jeho založení racionální nebo emocionální formou. Klient si také v týmu psychoterapeuta spoluvybírá.

1.5 Psychoterapie psychosomatických klientů

Psychoterapii je možná jednodušší vykonávat, než definovat. Definice toho, co je psychoterapie, rovněž odvisí od jejího pojetí. Z různých definic psychoterapie vycházím z **pracovní definice** NORCROSSE (1990, s. 218): „*Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobnostní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“ [vlastní překlad autorky této práce].

Základní psychosomatická péče chápe psychoterapii jako vědomě plánovanou interakci sloužící k ovlivňování poruch chování a stavů strádání v rámci konsenzu pomocí psychoterapeutických prostředků se zaměřením na definovaný a dle možností společně vypracovaný cíl. Psychoterapeutické opatření je vhodné tam, kde je prostředkem volby; tzn. aplikace psychoterapeutických prostředků v případě, že až jejich uplatněním je úspěch léčby možný a pravděpodobný. Psychoterapie je doplňkem somatické léčby a má různý charakter podle charakteru onemocnění klienta. Důležitým faktorem je **spolupráce týmu** a **komplexnost péče**. Psychoterapie psychosomatických klientů má svou vztahově-diagnostickou a vztahově-formující část (TRESS aj., 2008).

Vodítkem pro samotnou psychoterapii, ale také možností, jak motivovat klienta pro psychoterapii před jejím započatím i v jejím průběhu, mohou být **diagnostické strategie**, používané pro diagnostický rozhovor s psychosomatickými klienty. Jako příklad diagnostických strategií mohu uvést **cyklický maladaptivní vztahový kruh**, **strukturální analýzu sociálního chování** a **operacionalizovanou psychodynamickou diagnostiku**.

Cyklický maladaptivní vztahový kruh⁷ je diagnostickou strategií pro mapování vztahů v kontextu tzv. internalizace, identifikace, reakce druhých a introjekce v průběhu života jedince (TRESS aj., 2008)⁸. Tyto kontexty formují následné chování člověka k sobě samému i druhým, spoluvytváří vnitřní svět člověka, jeho sebepojetí a pocit vlastní hodnoty. „Normální“ interpersonální chování je dle vztahového kruhu vazebně - vztažené, přiměřené, flexibilní, stabilní, jednoznačné, kongruentní. Naproti tomu narušení je patrné v přerušení vazeb a vztažnosti, vztahovými extrémy jako jsou podřízenost, nevázanost, rigidita, nestabilita, rozporuplnost. Vztahový kruh je svým pojetím analogií teorie sebeurčení Deciho a Ryana, kterou jsem již zmínila dříve.

Strukturální analýza sociálního chování⁹ sleduje ústřední otázku: „*Kdo se jak chová ke komu, a jakým způsobem na to dotyčná osoba reaguje.*“ (TRESS aj., 2008, s. 54). Analýza sleduje mezilidské chování prostřednictvím 3 zaměření, tzv. tranzitivní, intranzitivní a intrapsychické zaměření.¹⁰ Výsledkem posuzování interakce v modelu je 24 kombinací

⁷ Viz příloha č. III.

⁸ **Internalizací** je míněno zvnitřnění myšlenek, hodnot a norem rodičů. Pokud je se zvnitřněním spojeno odmítnutí, nepřátelství, kritika apod., jedinec bude reagovat přecitlivěle na sdělení dalších vztahových osob tak, jako by přicházelo od rodičů. Jedinec bude nejistý a chronicky deprimovaný s příslušnými tělesnými ekvivalenty. **Identifikací** se míní identifikace s postoji rodičů, resp. s někým z nich. Pokud byli rodiče nepřátelští, kontrolující apod., jedinec se s druhými setkává ve vztazích obdobným způsobem. **Re-akce druhých**, včetně impulzů terapeuta, na chování pacienta, ukazuje, jak vnímají a interpretují druzí chování klienta. **Introjekcí** se míní přijetí názorů, postojů a chování, se kterým jedinec není vnitřně ztotožněný; v motivační oblasti nejsou tyto názory, postoje a chování asimilovány; nejsou integrovány do osobnosti, ani do vlastních postojů. Introjekce je motivačním útvarem, který k něčemu nutí. Introjekce vzniká zkušenostmi se vztahy z minulosti, z rodiny a je posilována a upevňována současnými zkušenostmi. Introjekce ovlivňuje vztah pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým.

⁹ Viz obr. č. IV v příloze.

¹⁰ **Tranzitivní zaměření** (adresát) popisuje, co dělá mluvčí s posluchačem. **Intranzitivní zaměření** (mluvčí sám) popisuje obsah verbální a neverbální reakce mluvčího na poselství posluchače. **Intrapsychické zaměření**

různých interakcí. Základními vztahovými vzorci jsou, dle této analýzy, tzv. komplementarita, hrající důležitou roli v psychosomatické péči; dále negativní komplementarita, antiteze a komplexnost¹¹.

Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika analyzuje psychosomatického klienta přes tzv. osy konfliktu, vztahu, struktury, prožívání onemocnění a předpokladů pro léčbu (BENECKE aj., 2013).

V zařízeních, která spolupracovala na výzkumu, **používají následující diagnostické postupy**: v Centru psychosomatické péče Péxis provádí diagnózu lékař, psychiatr, klinický psycholog. Diagnóza je funkční pro psychoterapii a pojišťovnu. Někdy klientům dávají dotazníky, např. na úzkost. Projektivní metody nepoužívají. Pokud zjistí potřebu medikamentů, tak je zajistí lékař. V Centru psychosomatické péče Roseta a Dobřichovice je k dispozici komplexní psychosomatické vyšetření nebo psychosomatická týmová konzultace. Komplexní psychosomatické vyšetření zahrnuje dvoudenní vyšetření u rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta a psychologa. Klienti také musí dodat doposud provedená vyšetření. Následuje společné konzilium těchto tří odborností bez účasti klienta a nakonec závěrečný shrnující rozhovor s klientem. Psychosomatické pracoviště externího týmu Praha mají specifický přístup k diagnostice klientů. Diagnostika není pro ně statickou záležitostí; jde o dynamický proces, který se mění v čase. Psychosomatická klinika Šternberk diagnostikuje klienty v rámci týmové spolupráce psychiatra, rehabilitačních pracovníků a internisty; u starých lidí je součástí psychologického vyšetření také vyšetření organické. Psychosomatická klinika na Praze 6 vychází z vyšetření lékaře.

Nyní se vrátím k samotné **psychoterapii psychosomatických klientů**. Základem psychoterapie psychosomatických klientů je **psychoterapeutický rozhovor**. V rozhovoru po zahajovací části, kdy si pacient sám určuje téma, nalézá terapeut pomocí otázek, které si pokládá v duchu, pracovní hypotézy pro další vedení terapie. Po té dochází ke společné práci na ohnisku potíží klienta. Terapeut vybírá na základě závěrů z této společné práce vhodnou

(introjekt) popisuje postoj mluvčího k sobě samému, hlas jeho svědomí, vnitřního posuzovatele (obdobu introjekce v cyklickém maladaptivním kruhu).

¹¹ **Komplementarita** - reagování v souladu s chováním druhého. **Negativní komplementarita** - oplácíme druhému, to, co dělá on nám. **Antitetické chování** - nepřátelská reakce na přátelské chování. **Komplexnost** - ve stejném okamžiku se vyskytují aspekty vztahu, které jsou v nesouladu.

terapeutickou intervenci. V závěru rozhovoru je důležitá rekapitulace rozhovoru, terapeut poukáže na dosažené vhledy i na recidivy; podněcuje klienta k aktivní spolupráci a k tomu, aby si všímal určitého modelu chování, který se mu ukázal v rámci rozhovoru; zadává mu úkoly. V rekapitulaci rozhovoru je důležitá zpětná vazba klienta, co on si z terapie odnáší; čím konkrétněji přínos sdělí, tím lépe si ho uvědomí a může ho aplikovat ve svém životě. TRESS aj. (2008) doporučuje použití této intervenční metody individuálně.

V základní psychosomatické péči se používají ve formě individuální i skupinové **nácvikové a sugestivní metody**. Předpokladem je samozřejmě kvalifikace terapeuta. Jde např. o autogenní trénink, progresivní uvolňování svalů a hypnózu. Pomocí těchto technik dochází k odpočinku a zklidnění, zlepšení samoregulace tělesných funkcí, zmírnění bolesti a léčbě poruch spánku. Tyto metody jsou vhodné pro motivování klienta k psychoterapii, ve které se bude zabývat psychickou stránkou svých obtíží. Klient totiž může mít v souvislosti s těmito metodami cennou zkušenost s reagováním těla i psychiky a díky tomu může získat důvěru pro verbální psychoterapii. Minimálně bude ochotnější k hovorům o své psychice v souvislosti s fungováním těla. Na druhou stranu cílem terapie může být jen zdařilá rehabilitace a vyhnutí se závislosti na lécích. V některých případech může být vhodné klientovi dokonce symptom ponechat, než odkrývat neřešitelnou sociální problematiku.

Mezi účinné metody, které mohou dobře motivovat psychosomatického klienta k verbální psychoterapii, patří **psychodrama, muzikoterapie, ergoterapie, terapie tvořením a na tělo zaměřená terapie** (analytická, koncentrační a komunikační pohybová terapie, taneční a výrazová terapie, funkční uvolňování). Tyto metody užívají nonverbální přístupové cesty terapeutických změn a jsou médiem terapeutického dění. Uvedené metody jsou používány jak v individuální, tak skupinové formě. Stacionární psychoterapie je vhodná, kromě jiného, pro klienty, kteří nemají vhléd do nemoci a mají potíže s motivací. Pokud je klient dostatečně motivovaný pro léčbu, správně indikované intervence v rámci terapeutických metod vedou k dobrým léčebným úspěchům. Pro efekt psychoterapie je motivace psychosomatického klienta klíčová.

Terapeutickou metodou, která se týká i mého výzkumu, však nejsou nácvikové a sugestivní metody, ale individuální verbální psychoterapie, která se zabývá přímo psychickou stránkou psychosomatického onemocnění. Existují určité ověřené psychoterapeutické metody používané v léčbě psychosomatických klientů. Jde především o **psychodynamickou, behaviorální, kognitivní a rodinnou psychoterapii** (BALCAR, 2010; TRESS aj., 2008).

O **psychodynamicky orientované psychoterapii** jsem se částečně zmínila v podkapitole 1.2 Kdo je psychosomatický klient v kontextu různých pohledů na psychosomatického klienta. Psychodynamická psychoterapie směřuje k rozpoznání a vyřešení vnitřního konfliktu, který je základem psychosomatické poruchy. Zvládnutí motivů, které stojí za onemocněním, předpokládají vymizení onemocnění (pokud jde o vratný proces). K podobným metodám ještě patří psychoanalyticky-interakční psychoterapie nebo krátkodobé formy hlubinně psychologických metod, případně tradiční psychoanalýza. Diagnostické strategie, popisované výše v této podkapitole, vychází také z psychodynamického pojetí.

Behaviorální psychoterapie směřuje k rozpoznání a změně vnějších vlivů, které psychosomatické poruchy vyvolávají, spouštějí či udržují. Tato forma psychoterapie je často využívána v nácvikových programech pro změnu chování, např. u závislostí, ale také u psychosomatických onemocnění.

Kognitivní psychoterapie směřuje ke změně nepřiměřeného hodnocení, nesprávných, automatických myšlenek, které zprostředkovaně podporují rozvoj psychosomatické poruchy. Pomocí kognitivních technik, jako je např. kognitivní restrukturalizace¹², dochází k jejich nahrazování realističtějšími a zdravějšími způsoby myšlení.

Rodinná terapie směřuje k rozpoznání a překonání problémových vztahů a interakcí v rodině psychosomatického klienta. Psychosomatické onemocnění funguje jako nástroj komunikace a vlivu a zároveň je následkem stres vyvolávajících vztahů. Cílem je naučit členy rodiny prosazovat zdravější formy interakce. Nemoc se potom může vyléčit nebo i spontánně, jako již nepotřebné náhradní řešení, vymizí. V rodinné i párové terapii se používají různé přístupy (behaviorálně terapeutický, komunikačně teoretický/systemický, psychoanalytický, růstově/na prožitky zaměřený). Účinnou formou léčby psychosomatických klientů je také **skupinová psychoterapie**.

Je důležité podotknout, že **celostní terapie s verbální i neverbální intervencí** v psychoterapii má fungovat spolu **somatickými lékařskými přístupy a cílenou psychofarmakoterapií**.

¹² **Kognitivní restrukturalizace** je metodou kognitivní psychoterapie, ve které se formulují tzv. jádrová přesvědčení, která způsobují jedinci nepřiměřený stres. Tato přesvědčení se podrobují zkoumání, včetně možnosti ověření tvrzení (přesvědčení) pomocí experimentu. Díky nové zkušenosti dojde k jejich přehodnocení (PRAŠKO a kol., 2007).

V **psychosomatických zařízeních**, která se účastnila mého výzkumu, jsou klientům nabízeny **různé formy terapie**. Fyzioterapie, biosyntéza, Pesso Boyden terapie, různé nácvikové metody apod. Psychoterapeutické směry, které se podílejí na verbální individuální psychoterapii, jsou podle výcviků, které terapeuti zařízení absolvovali. Jde např. o gestalt terapii, rodinnou, psychoanalytickou psychoterapii, SUR či eklektický a integrativní přístup.

1.6 Shrnutí

Problematika psychosomatických klientů zahrnuje několik oblastí. **Psychosomatický přístup** k onemocnění člověka se vyvíjel v historii v souvislosti s měnící se společností vzhledem k pojetí světa a člověka v něm, včetně pojetí jeho zdraví a nemoci. V současnosti je psychosomatický přístup rozvíjen v řadě zemí a promítají se do něj různé teoretické a metodické přístupy se společným holistickým základem. Mezi základní přístupy jsem zařadila přístup psychodynamický-konfliktní, psychofyziologicko-stresový, kognitivně-behaviorální. Pojetí, kdo je a není psychosomatický klient, se různí, ale já se ho snažím pojímat integrativně v tom smyslu, že respektuji diagnostické nástroje a přístupy psychosomatických zařízení, která spolupracují na výzkumu. **Psychosomatický klient je tedy pro mne ten, kdo byl v tomto zařízení diagnostikován jako psychosomatický.**

Podpora chování psychosomatických klientů, které podporuje zdraví, je důležitou součástí zvyšování **kvality života psychosomatických klientů**. Jsou určité protektivní faktory, které podporují zdraví. Je to především odolnost. Problematikou odolnosti se zabývali různí autoři a vznikly různé teorie zahrnující tento koncept. Ústředním prvkem odolnosti je možnost vlády člověka nad událostmi ve svém životě, tedy i nad svým zdravím, prostřednictvím svého chování. S mým výzkumem souvisí i koncepce osobní přičinné orientace. Teorie, jako např. teorie podporujícího sebeuplatnění nebo sebedeterminační teorie vytvořily podklad pro diagnostiku a programy ovlivňující chování jedinců směrem ke zlepšení jejich zdraví a tím i kvality jejich života. Zdraví je ovlivněno i specifickým chováním určitých typů osobnosti. Ve svém výzkumu vliv typů osobnosti nezohledňuji.

Motivace psychosomatických klientů pro psychoterapii je důležitým vstupním parametrem, který spoluurčuje efektivitu psychoterapie, způsob práce s psychosomatickým klientem a podporuje také motivaci psychoterapeuta s klientem pracovat. Do motivace

vstupují různé potřeby, zájmy, hodnoty a postoje. Mezi specifika motivace psychosomatických klientů k psychoterapii patří primární a sekundární zisk z onemocnění. Rovněž jsou to postoje společnosti, okolí a samotného terapeuta, které ovlivňují motivaci těchto klientů. Je důležité, aby s motivací klientů uměl pracovat sám terapeut. Změně chování a motivační práci se věnují k tomu vytvořené modely jako např. model víry ve zdraví, teorie logicky odůvodněného jednání, transteoretický model procesu změny nebo model samoregulační. Ve svém výzkumu pracuji s transteoretickým modelem procesu změny.

Psychoterapie psychosomatických klientů zahrnuje nejenom verbální interakci, ale rovněž nácvikové a sugestivní metody, které mohou klienta pro verbální interakci v psychoterapii motivovat. Souhra správné a časně diagnostiky s lékařskými postupy a farmakoterapií je předpokladem poskytování komplexní péče. Nejčastěji používané přístupy, uplatňované u psychosomatických klientů, jsou orientované psychodynamicky, behaviorálně, kognitivně a rodinně. V psychosomatických zařízeních spolupracujících v tomto výzkumu, se vyskytují eklektické a integrativní přístupy, dále přístupy rodinné, gestalt či psychoanalytické.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII

V této kapitole se budu blíže věnovat relevantním teoriím motivace, ze kterých vyplývá můj výzkum. Když jsem zkoumala, kdo a jak se věnoval motivací ke změně ve smyslu motivace k psychoterapii, narazila jsem totiž na některé zajímavé výzkumné cesty.

2.1 Výzkumné cesty

Zajímavým výzkumem je např. **kvalitativní studie KÜHNLEIN (1999) zkoumající efekt psychoterapie**. Osobní schémata klientů vysvětlující jejich obtíže ovlivňovala jejich vnímání léčby a jejího efektu. Studie definovala 4 typy klientů podle chápání svých obtíží, terapie a jejího efektu. Každý z těchto typů je motivován specifickým způsobem pro psychoterapii¹³. Výsledkem **výzkumu procesu psychoterapie** (MILLER a. ROLLNICK, 1991; 1995; 2012), je **motivační interview** (motivaci posilující terapie), které posiluje vnitřní motivaci klienta k psychoterapii. Toto interview je v současnosti nejpoblárnějším přístupem

¹³**Přetížený typ** - považuje psychoterapii za potenciaálně nebezpečnou pro narušení stability v případě vyhledávání souvislostí jeho fungování. Zároveň vidí v psychoterapii pozitivní rozměr v tom, že dává do souvislosti životní události a psychosomatické symptomy a tím akceptuje jeho obtíže. To je v souladu s jeho přesvědčením, že je přetížen díky životním událostem. Pokud má tento typ pocit, že mu zátěž začíná škodit, je motivován k tomu, aby zátěž omezil.

Deviační typ - vidí v psychoterapii formu poradenství, které mu pomůže být v normě. Odmítá dlouhodobé setkávání s psychoterapeutem, protože by si tím potvrdil, že v normě není. Své potíže vnímá jako nevysvětlitelnou poruchu.

Deficitní typ - chce porozumět svým problémům, jejichž příčinu vidí v deficitech získaných v minulosti; v psychoterapii chce také zvýšit svou kompetenci ovlivňovat svou situaci svým chováním.

Typ vývojového narušení - je silně motivován k psychoterapii, introspekci a interpretaci; psychoterapii chápe jako možnost seberozvoje, své potíže vnímá jako přirozenou součást života.

v léčbě závislostí na alkoholu a jiných závislostí.¹⁴ Pro můj výzkum jsou zajímavé výzkumy, které se týkají změn docilované v psychoterapii. Ty jsou zkoumány v rámci analýzy procesu psychoterapie, případně zkoumání efektu psychoterapie. Populární model stadií změny je **transteoretický model procesu změny** (PROCHASKA a. DICLEMENTE 1983; PROCHASKA, et al. 1992; PROCHASKA a. VELICER, 1997; PROCHASKA a. NORCROSS, 1999), který pracuje se 6 stadii behaviorálních změn (fáze prekontemplace, kontemplace, preparace, akce, údržby a relapsu). Model pracuje se změnami v procesu psychoterapie, ale napadlo mne tento proces změny uplatnit na téma motivace psychosomatického klienta k psychoterapii, tedy ještě před nástupem do psychoterapie. Vzhledem k tomu, že jsem si tento model vybrala jako základ pro svůj výzkum, budu se mu podrobněji věnovat na dalších stránkách. **V práci budu v tomto kontextu dále užívat pojem „transteoretický model procesu změny“.**

Poukážu rovněž na zajímavé souvislosti mezi sebesterminací teorií, integrálním modelem motivace léčby a transteoretickým modelem procesu změny. Dalším příkladem je **transteoretický model asimilace problematických zážitků** (HONOS - WEBB a. STILES, 2002). Na 8 stupňové škále se může sledovat klientův pokrok v procesu změny v psychoterapii.¹⁵

¹⁴ **Motivační interview** dodržuje hlavní principy: předkládání rozporu, kde je klient nyní a kde by chtěl být v budoucnu (kognitivně-behaviorální způsob práce), empatie, akceptování odporu klienta, podpora jeho vlastní účinnosti (nedirektivní způsob práce). Interview se skládá z 3 fází: 1. fáze pracuje s motivací klienta. 2. fáze připravuje klienta na změnu a připravuje plán změn. Pracuje také s motivací klienta v případě selhání. 3. fáze monitoruje pokrok klienta a obnovuje motivaci. Motivační interview chápou autoři spíše jako směrnici pro prozkoumání a vyřešení ambivalence pomocí nedirektivního poradenství, které je ovšem více cílené. Hovoří o tzv. duchu poradenství. Spíše než techniky tvoří základ interview 7 interpersonálních stylů: důraz na motivaci ke změně, která nejde zvenčí, ale mobilizuje vnitřní hodnoty a cíle klienta podnítit změnu chování, klidný styl poradenství bez nátlaku a direktivity, pozorné reagování na znamení v motivaci na straně klienta a respektování autonomie a svobody volby klienta. Zároveň autoři hovoří o specifickém stylu chování terapeuta. Zde je nejdůležitější naslouchání, vyjádření přijetí a potvrzení klienta, posílená já klienta, monitorování míry jeho připravenosti ke změně, potvrzování svobody volby klienta. Toto pojetí motivačního rozhovoru se vymezuje proti direktivnímu způsobu vedení interview, jako jsou agresivní konfrontace, nátlak, či direktivní přesvědčování o naléhavosti problému. Autoři rovněž popisují motivační úkoly terapeuta v různých fázích dle transteoretického modelu procesu změny (o tom bude pojednáno v textu dále).

¹⁵ **Škála 0 - 7** - vyjadřuje míru postoje vůči svému problému od vytěsnění přes jeho pochopení po zvládnutí problému.

Obdobou transteoretických modelů je psychodynamicky orientovaná **Heidelberská škála strukturální změny** (BENECKE aj., 2013, s. 266-270), která se používá také k měření změny v průběhu psychoterapie. Jednotlivé škály připomínají fáze transteoretického modelu procesu změny i pojetí modelu asimilace problematických zážitků.¹⁶

2.2 Transteoretické východisko výzkumu

2.2.1 Fáze změny

Transteoretický model procesu změny pracuje s typickým **cyklem v procesu změny**. Klient se pohybuje po jakési spirále nebo spíše jakési vývrutce¹⁷. Model obsahuje **6 fází změny**:

1. fáze změny se nazývá prekontemplace. Je pro ni charakteristická absence záměru změnit chování a odpor k přiznání problému; v tomto výzkumu je problémem psychosomatického klienta uznání možnosti řešení svých duševních a somatických obtíží pomocí psychoterapie, a to vyjadřují svým postojem k psychoterapii. Psychosomatický klient, který se nachází v této fázi, tedy nevidí žádný důvod k tomu, aby do psychoterapie vstoupil. Předpokládá, že psychoterapie není nic pro něj. Zároveň může jít o klienta, který možnost psychoterapie vzdal, protože jiné možnosti selhaly. Klient neuznává, že by mezi jeho tělesnými obtížemi a psychickým stavem byla nějaká souvislost. Ostatní v jeho okolí o souvislostech jeho obtíží a možnosti úlevy pomocí psychoterapie mohou uvažovat, ale klient je v této fázi vysoce odolný vůči případným doporučením od druhých lidí. Typický je pro klienta v této fázi také stav, ve kterém nemá dostatek informací: buď není dostatečně seznámen s možnostmi psychoterapie, nebo neví o důsledcích, které by pro něj mělo rozhodnutí psychoterapii neabsolvovat. Takový člověk se vyhýbá hovorům na téma psychoterapie a nechce ani nic číst a zjišťovat na toto téma. Tato fáze se dá popsat slovy

¹⁶ **Škál je 7** (nevnímání problémového ohniska, nechtěné zaobírání se ohniskem, vágní uvědomování si ohniska, uznání a zkoumání ohniska, rozvolnění starých struktur v oblasti ohniska, nová strukturace v oblasti ohniska, rozpuštění ohniska¹⁶. Je patrné, že počáteční škály představují fázi prekontemplace, prostřední škály fázi kontemplace, závěrečné škály fázi preparace a akce dle transteoretického modelu procesu změny.

¹⁷ Viz příloha č. V.

Chestertona: „*Není to tak, že by neviděli řešení. Oni nevidí problém.*“ (cit. dle PROCHASKY, et al. 1992, s. 1103; PROCHASKY a NORCROSSE, 1999, s. 396).

2. fáze změny se nazývá kontemplace. Klient se v této fázi vyznačuje vědomím existence svých psychosomatických obtíží, ale bez toho, aby se zavázal k nějakému jednání nebo akci. Klient si uvědomuje, že mu v jeho psychosomatických obtížích může pomoci psychoterapie, ale zároveň ví, že na ni ještě není zcela připraven; má k ní ambivalentní postoj. Slovo kontemplace evokuje meditaci, rozjímání, a tak si vlastně člověk, nacházející se v této fázi, počíná. Proto se tato fáze někdy označuje také jako fáze **rozjímání**. Takový klient nad vstupem do psychoterapie rozjímá, zvažuje klady a zápory, které z psychoterapie mohou vyplynout. Otálí s rozhodnutím do psychoterapie vstoupit. Autoři hovoří v souvislosti s touto fází o chronickém otálení. Podle zkušeností autorů ze studie 200 „komtemplátorů“ může v této fázi klient uvíznout i na 2 roky, aniž by se odhodlal k nějaké akci (PROCHASKA a DICLEMENTE, 1984). Tuto fázi dobře charakterizuje Augustin, když říká, že ví, kam chce jít, ale není zcela připraven: „*Hned, hned, nech mně ještě chvíli!*“, říká AUGUSTINUS (2006, s. 239). Líbí se mi v této souvislosti také následující humorná příhoda, která trefně popisuje tuto fázi: „*Jednou večer při cestě domů oslovil Benjamina neznámý člověk a ptal se ho na nějakou adresu. Benjamin mu vše vysvětlil a dal mu instrukce. Neznámý sice vše pochopil, ale pokračoval v chůzi opačným směrem. Benjamin mu tedy řekl: 'Jdete špatným směrem.' Neznámý mu odpověděl: 'Ano, já vím. Nejsem ještě úplně připraven.'*“ (cit. dle PROCHASKY, et al. 1992, s. 1103; PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 397).

3. fáze změny se nazývá preparace nebo také fáze **přípravy**. V této fázi je typický záměr klienta přijmout určitá opatření vzhledem ke svým obtížím. Fáze kombinuje záměr a plánování změny chování. Vstup do psychoterapie je „na spadnutí“. Můžeme hovořit o „záchvěvech“ akce, kdy člověk realizuje drobné změny v aktuálním čase. Přípravuje se na psychoterapii; hovoří a čte si o ní; vybírá si z různých nabídek psychoterapie, experimentuje s různými možnostmi; plánuje, jak si zařídí volno v práci, jak si vytvoří čas, hovoří o svém rozhodnutí s blízkými lidmi apod. Takový člověk často uvažuje o vstupu do psychoterapie v horizontu přibližně 1 měsíce; je k ní motivován a připraven (PROCHASKA, et al., 1992).

Zde by můj popis fází mohl skončit, jelikož jsem si vybrala pro svůj výzkum výše uvedené 3 fáze. Šlo mi totiž o to, abych sledovala proces změny psychosomatického klienta, resp. změnu jeho postoje vůči psychoterapii (tedy motivaci k psychoterapii) od momentu, kdy si její potřebu vůbec neuvědomuje, přes úvahy nad ní, až po rozhodnutí do psychoterapie

vstoupit. Nicméně ve stručnosti ještě popíší zbývající fáze transteoretického modelu procesu změny, abych ho představila kompletní.

4. fáze se nazývá akce. Tato fáze již obsahuje aktivní chování; změny v chování jsou nápadné. Psychosomatický klient by v této fázi vstoupil do psychoterapie.

5. fáze se nazývá údržba. Označuje fázi, ve které je patrná trvalá změna, kdy nové chování nahradí staré. V této fázi je důležitým úkolem stabilizace změn v chování a vyhýbání se recidivě. V této fázi psychosomatický klient v psychoterapii zůstává.

6. fáze relapsu nebo také **recidivy**, označuje fázi, kdy může člověk znovu upadnout do starého způsobu chování. Z každého relapsu se ale může člověk učit a postoupit do 1. fáze¹⁸ na nové, vyšší úrovni poznání a zkušenosti; proto je tento proces změny jakýmsi cyklickým pohybem. Tato fáze byla autory modelu přidána po zkušenostech se závislostmi a chronickými poruchami, kdy jedinci nepostupovali procesem lineárně, ale po určité spirále. Obzvláště závislí mají tendenci opakovaně selhávat a regredovat na dřívější fáze. Často jsou pak demoralizováni a odmítají přemýšlet o dalších změnách, pokud se po recidivě vracejí až do fáze prekontemplace. Většinou však neregredují na úplný začátek a poučí se z chyb. V dalším kole mohou využít jinou, úspěšnější strategii (PROCHASKA a NORCROSS, 1999). Psychosomatický klient by v této fázi z psychoterapie předčasně odešel; později by se možná, poučený, vrátil.

Ukončení nastává tehdy, když klient přestane prožívat pokušení vrátit se k problematickému chování a nemusí se namáhat při bránění recidivě. Psychoterapie však mnohdy končí ještě dříve. Klienti se často vracejí na podpurná sezení, když cítí, že by sklouzli k nežádoucímu chování. V souvislosti s ukončením terapie mohou klienti také pociťovat úzkost a závislost na terapeutovi.

2.2.2 Intervence

Je důležité, aby klienti postupovali ve fázích dále až k akci. Pro **přechody mezi fázemi** jsou důležité **motivační otázky** a **intervence**. Pokud se klient nachází ve **fázi prekontemplace** je důležité zvýšit vědomí naléhavosti; vyvolávat u klienta pochybnosti, posilovat vnímání nebezpečí a potíží, pokud nechá své obtíže tak, jak jsou. Tím psychoterapeut motivuje klienta, aby se posunul dále, **ke kontemplaci**. Pokud chceme

¹⁸ Po relapsu nemusí nutně dojít k opakování cyklu od 1. fáze, ale vstupem např. rovnou do fáze 3.

vyvolat postup do fáze další, do fáze přípravy, pracujeme s klientem ve fázi kontempace tak, že mu budeme připomínat důvody pro změnu a rizika nicnedělání; nakláníme váhy žádoucím směrem. **Ve fázi přípravy** pracujeme s klientem tak, že posilujeme motivaci tím, že vytváříme varianty akce a pomáháme mu vybrat tu nejlepší z variant.

Mezi jednotlivými fázemi existují **přechody** ovlivňované souborem nezávislých proměnných. Klienta ovlivňuje v uskutečňování změn řada zjevných a skrytých činností a zkušeností. Jde o různé prožitky, motivy, postoje, hodnocení postojů apod. Tyto činnosti a zkušenosti jsou základem intervencí v terapeutických technikách, které se podílejí na procesu změny. Vedou ke změně prožívání, myšlení, chování a vztahů spojených s určitým způsobem života. Jde tedy o psychoterapeutické zásahy. Ve svém výzkumu se procesem psychoterapie podrobně nezabývám, jelikož sleduji proces změny před terapií, ale psychoterapeutické intervence se mohou použít i v případě motivační práce s klienty před nástupem do psychoterapie a proto o nich ve stručnosti pojednám. V zásadě jde o intervence, které používají různé psychoterapeutické přístupy, které obsahují společné faktory, uplatňující se v procesu změny během psychoterapie.

Základním předpokladem procesu změny je **pozitivní očekávání, terapeutický vztah a pozornost vůči klientovi**. K jádru můžeme přiřadit i léčebný záměr, konceptuální schéma a terapeutický rituál, osobnost terapeuta, zkoumání vnitřního světa, sugesce, interpersonální učení nebo nácvik nového chování.

Transteoretický model procesu změny rozlišuje **5 základních typů specifických intervencí v procesu změny: zvyšování vědomí** - zvýšení množství dostupných informací pro klienta (zpětná vazba, vzdělávání), **abreakce** - vyvolání emocí (korektivní emocionální zkušenost, dramatická úleva po jejich abreakci), **volba změny** jako důsledek léčby (sebeosvobození, sociální osvobození), **podmíněný podnět** - modifikace podmíněného podnětu (protipodmiňování, ovládnutí podnětu, restrukturalizace prostředí), **manipulace s následky** - změna následků a přehodnocení chování.

Intervence model rozděluje podle **úrovně zážitkové** a podle **úrovně prostředí**. Procesy, používané v psychoterapii, říkají, jak ke změně v psychoterapii dochází, tedy pod vlivem jakých prostředků, intervencí dojde v psychoterapii ke změnám. „*Integrativní model říká, že syntéza procesů uvědomování a akce poskytuje vyváženější pohled pohybující se v rámci kontinuálních dimenzí: vnitřní - vnější kontrola, subjektivní - objektivní fungování,*

vnitřně iniciovaná - prostředím vyvolaná změna. Tyto dimenze poskytují komplexnější pohled na člověka, neboť připouštějí možnost vnitřní změny a uznávají potencionální vliv prostředí a následků na proces změny.“ (PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 27).

Jak jsem již naznačila výše, v **různých fázích v procesu změny se uplatňují a doporučují specifické intervence**. Ty se realizují v práci s motivací klientů v tom smyslu, že usilujeme o to, aby klient postoupil z jedné fáze do fáze další. Podívám se nyní na tyto intervence podrobněji.

Během fáze prekontemplace využívají klienti procesy změny méně, než v jiných fázích. Zpracovávají méně informací o svých obtížích. O těchto klientech se říká, že jsou v obraně nebo v odporu. V tomto stadiu vystupuje terapeut v roli „pečujícího rodiče“, který komunikuje s bránícím se klientem. Terapeut poskytuje klientovi více pomoci. To potvrzují i jiní autoři, MILLER a. ROLLNICK (1991), kteří popisují jako hlavní motivační úkol terapeuta v této fázi vyvolání pochybností u klienta, posílení vnímání nebezpečí a potíží, které vyplývají ze současné situace klienta. Pro **přechod z fáze prekontemplace do fáze kontemplace** můžeme využít intervence zvyšování vědomí, např. pozorování, konfrontace, interpretace nebo dramatickou úlevu prostřednictvím katarze. Je třeba, aby si klient uvědomil příčiny, důsledky a prostředky léčby svých obtíží. Aby se pohnul z místa, musí „*uznat nebo si přivlastnit problém, silněji si uvědomit negativní aspekty problému a přesně zhodnotit své seberegulační capacity.*“ (PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 397).

Ve fázi kontemplace je klient nejvíce otevřený intervencím zacíleným na zvyšování vědomí, uplatní se zde intervence biblioterapie a edukace, které pomáhají v procesu přehodnocování svého stavu a počínání, jak z hlediska emocionálního, tak z hlediska kognitivního. Cílem je dosáhnout změny v myšlení, prožívání a hodnocení vlastního problematického chování. Terapeut v této fázi klienta povzbuzuje k dosažení vlastního náhledu na svůj stav. Terapeut je něco jako „sokratovský učitel“. Terapeut již nemusí poskytovat velkou strukturovanost. Miller a. Rollnick pro tuto fázi vidí jako úkol terapeuta naklonit rovnováhu žádoucím směrem a stále připomínat důvody pro změnu a rizika, pokud ke změně nedojde. Pro **přechod z fáze kontemplace do fáze preparace** můžeme použít intervenci přehodnocení sebe sama.

Fáze preparace vyjadřuje poučení z předchozích selhání; člověk je připraven na akci. Potřebuje si stanovit priority, cíle a pevná předsevzetí, vytvořit plán akce, což zvyšuje

seberegulaci. Intervence protipodmiňování a ovládání podnětů pomáhá omezovat problematické chování. Člověk již vlastně nějakou akci iniciuje. V této fázi je terapeut jako zkušený trenér, který nabízí klientovi dobrou herní taktiku a může mu dát zpětnou vazbu na jeho osobní plán. Miller a. Rollnick vidí jako důležitý úkol pro terapeuta v této fázi pomoci klientovi rozhodnout se pro nejlepší variantu akce, která má směřovat ke změně. Intervenci osvobození sebe sama použijeme při přechodu **z fáze preparace do fáze akce**. Člověk si musí být vědom, že autonomie i tlak na změnu jsou součástí života. Pojem sebeosvobození vychází z **teorie sebeúčinnosti**, dle které člověk věří, že svým úsilím může dosáhnout úspěch při zvládnání náročných situací. Zde bych opět mohla skončit, protože ve výzkumu zohledňuji pouze první tři fáze. Pro komplexní představu, jak model pracuje, dokončím popis intervencí i pro fáze následující.

Ve **fázi akce** je dobré provádět intervenci založenou na manipulaci s následky, ovládání podnětů a protipodmiňování. Terapeut klienta vede podle toho, zda byl klient demoralizovaný dřívější špatnou zkušeností, nebo je naopak aktivně kreativní ve změně své situace. Ve fázi akce Miller a. Rollnick doporučují pomoc klientovi udělat vše, co je potřebné. Při přechodu **do poslední fáze upevňování** použijeme intervenci pomáhajících vztahů, kontroly podnětů, upevnění postojů, zvyků a alternativ pro problémové chování. Jedinci potřebují účinné kognitivní strategie proti pochybnostem. Sebeosvobození musí obsahovat kromě emocionálního základu i základ kognitivní. Klient musí být efektivní v protipodmiňování, manipulaci s následky a ovládání podnětů, aby zabránil recidivě. Terapeuti mohou poskytnout nácvik pro dosažení takového úspěchu. Příprava hraje důležitou roli nejenom ve fázi preparace, ale i ve fázi akce, aby si člověk udržel dosažený cíl.

Ve fázi údržby je důležité zhodnocení podmínek případné regrese a zhodnocení alternativ ke zvládnutí těchto podmínek. Je důležité, aby *„udržení změny přineslo udržení pocitu já, kterého si cení dotyčný klient a alespoň jeden pro něj významný člověk“* (PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 403). Terapeut se ve fázích akce a udržení stává konzultantem, poskytující odborné rady a podporu. Ve fázi údržby má terapeut, dle Miller a. Rollnick, pomoci klientovi najít a použít metody, bránící relapsu. Ve fázi relapsu potom doporučují tito autoři pomoc v obnově procesu uvažování, rozhodnutí apod.

Pro můj výzkum mne však budou zajímat intervence, které jsou důležité pro přechody z fáze prekontemplace, kontemplace a preparace. Další fáze již nejsou předmětem mého výzkumu.

Při volbě intervencí dochází často k **chybám** v určité fázi procesu změny. Často tak terapeuti používají strategie vhodné pro stadium kontemplanace pro klienty, kteří jsou již ve stadiu akce; zvyšování vědomí nebo přehodnocení sebe sama. Vhled sám o sobě nemusí vést ke změně chování. Naopak jiní terapeuti, využívají strategie vhodné pro stadium akce, jako manipulace následky, ovládnutí podnětů, protipodmiňování, i když se klient dosud nachází ve stadiu kontemplanace nebo preparace. Změna, pokud k ní vůbec dojde, proto bývá dočasná. Pokud intervence budou v souladu se stadii procesu změny, lze předpokládat lepší výsledky terapií bez ohledu na psychoterapeutický směr. „*Účinná změna chování závisí na uskutečňování správných věcí (procesů) ve správnou dobu (stadiu).*“ (PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 403).

Přínos výše představeného transteoretického modelu procesu změny vidím v určení stadií, resp. fází změny, ve kterých musí člověk splnit určité úkoly, aby mohl postoupit do stadia dalšího. Setrvání člověka v daném stadiu je časově flexibilní, úkoly však zůstávají.

Transteoretický model procesu změny je zpravidla využíván v psychoterapii závislosti, alkoholu, kouření, obezity, onemocnění diabetu. Autoři modelu vyzpozovali, že klienti přicházejí v různých stadiích procesu změny, a to mělo vliv na průběh a pokroky terapie. Také specifické požadavky na výběr klientů do terapie mohou ovlivňovat počty lidí vstupujících do léčby v různých stadiích procesu změny. **Stadium změny docílené před terapií je tedy důležitou determinantou prognózy.** V manželské nebo rodinné terapii se bude pokrok odvíjet od tempa změn jednotlivých účastníků terapie. Zároveň je důležité, aby byl terapeut a klient sladěn, co se týká stadia procesu změny.

Transteoretický model procesu změny se zabývá v rámci popisu změn také **strategiemi práce na různých úrovních**, kde se obtíže klienta nachází.¹⁹ V mém výzkumu se však těmito strategiemi blíže nezabývám.

¹⁹ **Úrovně změn** - úroveň symptomově situační, úroveň maladaptivních kognitivních procesů, interpersonálních konfliktů, rodinných systémových konfliktů.

Strategie práce s úrovněmi - měnění úrovní - terapeut pracuje od počáteční úrovně, která je nejvíce přístupná, až po úroveň poslední, s tím, že postupně projde s klientem všechny další požadované fáze procesu změny.

Zaměření na klíčové úrovně - terapeut se zaměří na specifickou, jasně definovanou úroveň, kde má klient svůj patogenní problém.

Strategie maximálního dopadu - terapeut pracuje se všemi úrovněmi v procesu změny najednou.

2.3 Souvislosti transteoretického modelu procesu změny, sebedeterminační teorie a integrálního modelu

Nyní bych ráda představila zajímavou souvislost mezi **transteoretický modelem procesu změny** (např. PROCHASKA a NORCROSS, 1999), **sebedeterminační teorií** (RYAN a. DECI, 2008) a **integrálním modelem motivace léčby** (DRIESCHNER, et al. 2004). JOCHEMS, et al. (2012) se rozhodli podrobit je srovnání. Je zajímavé, co mají tyto modely (teorie) společného. **Transteoretický model procesu změny** jsem představila v předchozí kapitole.

Sebedeterminační teorie²⁰ vychází z předpokladu, že lidé jsou aktivní organismy s tendencí zvládat problémy a s tendencí k integraci nových zkušeností do stávajícího celku. Zároveň tyto vrozené tendence ke svému uplatnění vyžadují podporu sociálního prostředí. Ústředním teoretickým pojmem je sebedeterminace, která je určována autonomií, vztahovostí a kompetencí. Teorie obsahuje 6 mini-teorií, které z pohledu motivace vysvětlují řadu jevů²¹.

Základní složkou práce s motivací klientů v psychoterapii je posilování jejich autonomie a uvědomí. Důležitější než přístup zaměřený na výsledky je přístup zaměřený na proces (RYAN a. DECI, 2008).

Na základě sebedeterminační teorie byla vyvinuta řada **dotazníků pro různé využití, včetně práce s motivací**, např.: dotazník léčby motivace, který byl původně vyvinut pro léčbu alkoholu, byl později využit pro dotazníky, které zjišťují motivaci v oblasti zdravého chování, kouření, diety, alkoholu a cvičení.

PELLETIER, et al. (1997) tento dotazník upravil také pro zjišťování **motivace k psychoterapii**. Dotazník vnímané kompetence spolu s dotazníky sebeřízení a dotazníkem, zjišťujícím sociální, ekonomické a další podmínky pro péči o zdraví, zkoumá motivaci ke změně chování v oblastech kouření, diety, alkoholu a externí regulace chování vztahující se k závislosti²². V českém prostředí vytvořil obdobný dotazník BALCAR (1996), který se

²⁰ Vč. teorie osobní příčinné orientace (BALCAR, 1993).

²¹ Teorie kognitivního hodnocení, organismická integrační teorie, teorie základních psychických potřeb, teorie obsahu cíle, teorie motivace vztahů (SDT, 2015).

²² PELLETIER, et al. (1997) zkoumali v upraveném **dotazníku motivace klientů k psychoterapii** jeho psychometrické vlastnosti. Dotazník určoval míru motivace 138 klientů k psychoterapii. Motivace obsahovala

vztahuje k osobní příčinné orientaci. Balcar v něm rozlišuje vnější, vnitřní a neosobní osobní příčinnou orientaci.²³

Integrální model léčby motivace vychází z determinant vnímání vnějšího tlaku, rozpoznávání problému, distresu (úzkost a nepřiměřený tlak), vnímaných nákladů a vhodnosti léčby, očekávaných výsledků a délky léčby. Tyto determinanty jsou dle integrálního modelu rozhodujícími faktory pro motivaci k účasti na léčbě. Z integrálního modelu vychází dotazník pro motivaci k léčbě forezních pacientů.

JOCHEMS, et al. (2012) podrobili **důkladnější analýze výše zmíněné 3 teorie motivace: transteoretický model procesu změny, sebedeterminační teorii a integrální model**. Autoři zkoumali 350 vážně duševně nemocných pacientů v ambulantní psychiatrické péči, kterým byla poskytována různá forma terapie. Kladli si otázky o motivačních mechanismech těchto pacientů. Kromě jiného rozhodovali, která ze tří zvolených teorií motivace je nejvíce určující pro dynamiku motivace těchto pacientů a která teorie by nejlépe předpověděla výsledky léčby těchto pacientů. V hypotéze si autoři kladli základní otázku možných zásahů do motivace těchto pacientů motivační zpětnou vazbou, která by vedla kvalitativně i kvantitativně k nárůstu motivace a zapojení pacientů do léčby, lepšímu psychosociálnímu fungování a lepší kvalitě života. Tímto zásahem do motivace autoři očekávali větší nárůst autonomní motivace (sebedeterminační teorie), posun vpřed do další fáze v procesu změny (transteoretický model procesu změny) a zvýšení motivace zapojení se

vnitřní, vnější motivaci, čtyři formy seberegulace a amotivaci vůči psychoterapii. Autoři ověřovali možnost využití dotazníku pro zkoumání motivace klientů k psychoterapii a pro zkoumání její účinnosti. Analýza položek potvrdila hypotézu autorů, že klienti se sebeurčujícími typy motivace (vnitřní motivace, integrovaná a identifikovaná regulace), mají vyšší úroveň sebeúcty a sebehodnocení, vnitřního místa ovládnutí, životní spokojenosti a nižší úroveň deprese a vnějšího místa ovládnutí. Hlásí během léčby méně napětí, spokojenost s léčbou, více pozitivních emocí během terapie, které přisuzují větší důležitost. Chtějí v daleko větší míře v terapii pokračovat, než klienti s méně příznivými typy motivace (introjikaná a externí regulace a amotivace). Potvrdila se i hypotéza, že terapeuti, kteří poskytují klientům větší autonomii (péči, podporu a zpětnou vazbu ohledně jejich kompetencí), budou vyhledáváni spíše klienty se sebeurčujícími typy motivace. Opačně, klienti s typy motivace, která je introjikaná a externí, případně amotivace, budou vyhledávat terapeuty, kteří pracují více direktivně. Autoři, pomocí korelace mezi subškálami motivace, potvrzují existenci kontinua motivace od amotivace, přes vnější regulaci, introjikanou regulaci, integraci, k vnitřní motivaci. Autoři nicméně považují za důležité ověření dotazníku v klinické praxi. Dále vyjadřují potřebu zkoumání intervencí terapeutů a jejich vztahu k motivaci klientů.

23 Srov. **vnitřní motivaci, vnější motivaci a amotivaci** (PELLETIER, et al. 1997).

do léčby (integrální model). Tento výsledek zamýšleli porovnávat s kontrolní skupinou, kde tyto zásahy provedeny nebyly. Důležitým tématem pro autory byla rovněž edukace lékařů o motivačních strategiích modelů.

Pro srovnání teorií motivace autoři využili graf, na kterém jsou jasně vidět společné **průniky těchto teorií**²⁴. Nyní se soustředím na průniky, které se týkají tří fází procesu změny podle transteoretického modelu procesu změny. Všechny 3 fáze transteoretického modelu procesu změny (prekontemplace, kontemplace a příprava) odpovídají konceptu motivace k účasti na léčbě u integrální teorie chování, které je cílem léčby. Fáze prekontemplace v sebedeterminační teorii odpovídá stavu amotivace, vedoucímu k minimální akci. Fáze preparace odpovídá v sebedeterminační teorii autonomní motivaci, která vede k osobní akci a udržování.

Metodou porovnávání autorů již výše objasněných teorií, byl výběr diagnostických nástrojů, resp. dotazníků, které reprezentují danou teorii.²⁵

Jako východisko pro mou práci jsem si zvolila výše popisovaný **transteoretický model procesu změny**. Inspirací pro vývoj dotazníku se stal holandský dotazník, který je používán pro různé oblasti výzkumu a pro různou populaci (viz pozn. č. 25). Dotazník mapuje proces změny v jeho 4 fázích: prekontemplace, kontemplace, akce a udržení. Dotazník nejprve po pacientovi žádá, aby zadal svůj problém a na škále označil, jak moc souhlasí s danou výpovědí, která je charakteristická pro danou fázi. Vzhledem k tomu, že jsem zkoumala psychosomatické klienty a pouze v prvních 3 fázích procesu změny, musela jsem

²⁴ Viz příloha č. VI.

²⁵ **Sebedeterminační teorie** - vstupní dotazník a dotazník, zjišťující podmínky v péči o zdraví.

Integrální model - dotazník pro motivaci k léčbě forezních pacientů.

Transteoretický model - holandský dotazník zjišťující fáze v procesu změny.

Ve výzkumu byly dále použity pro mapování motivačních mechanismů pacientů **další dotazníky** pro zjišťování: terapeutického vztahu, psychosociálního fungování, kvality života, náhledu pacientů na onemocnění, stavu exekutivních funkcí, zkušenosti stigmatu, osobnostních charakteristik, zapojení klientů do léčby a socio-demografické údaje pacientů a lékařů. Některé dotazníky byly určeny pouze pacientům, některé také terapeutům. Všemi nástroji zjišťovali autoři motivaci psychiatricky nemocných pacientů k léčbě v průběhu 12. měsíců. Bohužel autoři ve svém článku neuvědli, co se v průběhu 1 roku dělo. Očekávám, že ke zveřejnění výsledků dojde později.

otázky přeformulovat v souladu s transteoretický modelem procesu změny a specifickými rysy motivace psychosomatických pacientů. Podrobnosti k designu výzkumu i dotazníku uvádím v kapitole 3 Metodologická východiska výzkumu motivace psychosomatických klientů. Samotný dotazník postojů k psychoterapii, který jsem vytvořila, je součástí přílohy č. IX - č. XI této práce.

2.4 Shrnutí

V kapitole 2 jsem **mapovala teoretická východiska výzkumů motivace k psychoterapii**. Uvedla jsem několik zajímavých výzkumů, které se motivací klientů k psychoterapii zabývaly. Tyto výzkumy se týkaly výzkumu efektu nebo procesu psychoterapie a zahrnovaly i motivaci k psychoterapii. Uvedla jsem kvalitativní studii, zkoumající efekt psychoterapie, dále motivační interview jako výsledek výzkumu procesu psychoterapie, transteoretický model asimilace problematických zážitků, Heidelberskou škálu strukturální změny a **transteoretický model procesu změny**, který jsem podrobně popsala v podkapitole 2.2.1 Fáze změny. Model mapuje 6 fází v procesu změny: fázi **prekontemplace, kontemplace, preparace**, akce, údržby a relapsu. Podkladem pro můj výzkum byly první 3 fáze modelu.

V rámci psychoterapeutického působení transteoretický model procesu změny doporučuje **vhodné intervence** pro každou fázi i pro přechod z jedné fáze do druhé. V podkapitole 2.2.2 Intervence jsem se blíže věnovala indikovaným terapeutickým intervencím z pohledu více autorů a zmínila se i o chybách při nesprávné aplikaci těchto intervencí.

V podkapitole 2.3 Souvislosti transteoretického modelu procesu změny, sebedeterminační teorie a integrálního modelu jsem **zmapovala souvislosti mezi sebedeterminační teorií, integrální teorií a transteoretickým modelem procesu změny**. **Průnikem** zkoumaných fází transteoretického modelu procesu změny s integrálním modelem je **motivace klienta k účasti na léčbě**. Stav amotivace (sebedeterminační teorie) souvisí s fází prekontemplace (transteoretický model procesu změny) a stav autonomní motivace (sebedeterminační teorie) s fází preparace (transteoretický model procesu změny), (analogie

vnitřní osobní příčinné orientace, tj. vnitřní motivace). Tím jsem ukázala, jak transteoretický model procesu změny souvisí i s jinými modely a teoriemi, které jsem popisovala dříve.

Vysvětlila jsem, proč jsem si vybrala právě transteoretický model procesu změny ke zkoumání motivace psychosomatických klientů k psychoterapii. První tři fáze, tj. prekontemplace, kontemplace a preparace, dle mého názoru podstatným způsobem vystihují problematiku motivace psychosomatických klientů a navíc umožňují, abych do nich včlenila specifika motivace této cílové skupiny. Tento model poukazuje na postupný vývoj motivace. Jde tedy o určitý proces. Ten dávám do souvislosti s postupnou změnou postoje k psychoterapii. Následující kapitola se již věnuje detailům plánu výzkumu, včetně toho, jak jsem výzkumný dotazník vytvořila.

3 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU

MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ

K PSYCHOTERAPII

V metodologických východiscích korelačního výzkumu se budu věnovat plánu výzkumu od hypotéz a zvolených metod sběru dat, přes konstrukci dotazníku, až po výběr vzorku. Součástí kapitoly bude etický aspekt výzkumu.

3.1 Plán výzkumu

3.1.1 Hypotézy

V tomto výzkumu zjišťuji, **jakou mají motivaci psychosomatictí klienti** vybraných psychosomatických pracovišť v kontextu transteoretického modelu procesu změny, který jsem popsala výše. Zjišťuji přitom, v jaké fázi motivačního procesu se dle tohoto transteoretického modelu procesu změny klienti nacházejí, tzn., zda se nacházejí ve **fázi prekontemplace, kontemplace** nebo **preparace**. Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii je v tomto výzkumu vyjádřena jejich postoji k psychoterapii. Zajímalo mne rovněž, **jak psychosomatictí klienti budou vnímat své zdraví a jak jejich zdraví bude posuzováno ze strany jejich terapeuta** (případně jiného pečovatele jako hodnotitele). Ke zjišťování fází motivace a k posouzení zdraví jsem předpokládala sběr dat pomocí dotazníků.

V rámci zjišťování motivace psychosomatických klientů k psychoterapii a k posouzení zdraví jsem navrhla 4 následující pracovní hypotézy **na základě obecných hypotéz vycházejících z příslušných teorií**, které ve stručnosti rovněž komentuji:

1. **Obecná hypotéza: čím má klient vyšší věk, tím je méně k psychoterapii motivován a bude se proto nacházet ve větší míře ve fázi prekontemplace nebo kontemplace. Věk je rozhodující také pro vnímání závažnosti zdravotního stavu**

jak ze strany psychosomaticky nemocného klienta, tak ze strany terapeuta. Toto očekávám na základě vývojové psychologie, která definuje určité vývojové fáze člověka a která předpokládá, že se vzrůstajícím věkem je člověk méně flexibilní a hůře se vyrovnává se změnami. Předpokládám tedy, že i volba psychoterapie může být pro staršího člověka změnou, kterou není snadné, oproti člověku mladšímu, podstoupit. Zároveň je starší člověk jinak citlivý na vnímání závažnosti svého zdravotního stavu. Předpokládám, že starší člověk bude více vnímavý k závažnosti svého zdravotního stavu. Rovněž lékaři mohou vnímat rozdílně závažnost zdravotního stavu psychosomatických pacientů v souvislosti s jejich věkem. Zde předpokládám, že u staršího pacienta budou vnímat jeho zdravotní stav jako závažnější. Na základě této obecné hypotézy jsem vytvořila následující soubor **pracovních hypotéz:**

a. skóry v jednotlivých fázích motivace v dotazníku postojů k psychoterapii jsou závislé na věku

b. skóry stupnic posouzení celkového zdraví jsou závislé na věku

2. Obecná hypotéza: muži se budou nacházet spíše ve fázi prekontemplace a ženy ve fázi kontemplace a preparace. Muži se budou také vnímat méně nemocní, než ženy. Toto očekávám na základě zjištění z praxe, že mají ženy větší zájem o své zdraví, rády o sebe pečují a využívají k tomu různých forem pomoci. Ženy jsou rovněž více ochotny hovořit o svých potížích, obecně se rády svěřují a zabývají se vnitřními pocity. To jsou důležité faktory pro spolupráci v psychoterapii. Ženy také více reflektují závažnost svého zdravotního stavu. Na základě této obecné hypotézy jsem vytvořila následující soubor **pracovních hypotéz:**

a. skóry v jednotlivých fázích motivace v dotazníku postojů k psychoterapii jsou závislé na pohlaví

b. skóry stupnic posouzení celkového zdraví jsou závislé na pohlaví

3. Obecná hypotéza: většina psychosomatických klientů vybraných psychosomatických pracovišť se bude nacházet ve fázi preparace. Toto očekávám na základě faktu, že do psychosomatického zařízení tito klienti přišli. V tomto zařízení se sice nabízejí i jiné formy pomoci (např. fyzioterapie a také tradiční somatické vyšetření), ale zároveň jsou obecně tato zařízení známa tím, že nabízí i psychoterapeutickou formu pomoci. Předpokládám tak určitou motivaci psychosomatických klientů k psychoterapii odvozenou již z toho, že toto zařízení navštívili a mohli předpokládat nabídku psychoterapie. Abych toto mohla dotazníkem

zjistit, musí být dotazník schopen měřit všechny 3 fáze motivace. Proto z této obecné hypotézy za předpokladu, že dotazník postojů měří všechny 3 fáze motivace, vyvozují tuto **pracovní hypotézu**:

- a. **skóry v jednotlivých fázích dotazníku postojů k psychoterapii v daném vzorku klientů, kteří jsou již přijati k léčbě v psychosomatickém zařízení, budou vykazovat příslušnost převážně ve fázi preparace**

4. Obecná hypotéza: výsledky stupnic posouzení zdraví mohou předpovědět výsledek v dotazníku postojů. Toto očekávám na základě teorie změny, která vypovídá o tom, že změnu člověk akceptuje tehdy, když je u něj vyvolán pocit naléhavosti. Touto naléhavostí míním fakt, že člověk začne vnímat svůj zdravotní stav (fyzický/psychický) jako závažný do té míry, že se rozhodne změnit svůj postoj k psychoterapii směrem k přijetí její nabídky. Pokud tedy bude člověk vnímat, že trpí vážným tělesným nebo duševním onemocněním, bude pro psychoterapii více motivován. Takový člověk se bude nacházet pravděpodobně ve fázi preparace (případně kontemplace). Pro tento předpoklad potřebuji znát korelaci obou dotazníků. Na základě této obecné hypotézy jsem vytvořila následující **pracovní hypotézu**:

- a. **výsledky dotazníku postojů k psychoterapii korelují s výsledky stupnice posouzení vlastního zdraví**

Hypotézu k úvaze, zda se v zařízení, která psychosomatické klienty před nabídkou psychoterapie určitými intervencemi k psychoterapii motivuje (rozhovory, edukace, zážitkové programy apod.), psychosomatictí klienti budou před vstupem do psychoterapie nacházet ve fázi preparace v daleko větší míře, než klienti v těch zařízeních, která s motivací nijak nepracuje, jsem musela vyřadit, protože počet klientů ve vzorku byl očekáván nízký. Rovněž jsem ze stejných důvodů nemohla uvažovat o vazbě mezi příslušností do určité fáze a typem psychosomatického onemocnění.

3.1.2 Metody sběru dat

Jak jsem již uvedla výše, **data** jsem se rozhodla **sbírat pomocí dotazníků**. **Dotazník postojů k psychoterapii** jsem vytvořila na základě transteoretického modelu procesu změny, který jsem popisovala dříve v podkapitole 2.2.1 Fáze změny. Pro ilustraci jsem do přílohy uvedla ukázky z přípravné fáze.²⁶ Charakteristiky fází motivace jsem vyjádřila pomocí

²⁶ Příloha č. VII a č. VIII - přípravné fáze před konstruováním dotazníku.

24 projektivních tvrzení. Tato tvrzení reflektují jednotlivé fáze procesu změny dle transteoretického modelu procesu změny. 8 tvrzení se vztahuje k fázi prekontemplace, 8 k fázi kontemplace a 8 k fázi preparace. Každé z tvrzení obsahuje specifický atribut dané fáze a vychází z teoretických východisek modelu i ze specifik motivace psychosomatických klientů. **Tvrzení jsem konstruovala** tak, že jsem měla před sebou vypsány základní charakteristiky dané fáze a tvořila jsem jednotlivá tvrzení podle toho, jak bych předpokládala, že by člověk, který uvažuje v kontextu těchto charakteristik, hovořil. Tvrzení jsem po té rozvrstvila do dotazníku postojů k psychoterapii **náhodným výběrem pomocí karet**²⁷.



Obrázek č. 1 - náhodný výběr pořadí otázek podle karet

²⁷ Viz obr. č. 1.

Takto připravený **dotazník postojů k psychoterapii** jsem **použila v pilotním projektu**, který zahrnoval vyplňování od 5. osob různého pohlaví, věku a vzdělání. Tyto osoby měly určité psychosomatické potíže, nicméně jim nebyla v této souvislosti psychoterapie nikým nabídnuta. Osoby jsem instruovala v tom smyslu, aby si představily, že je jim psychoterapie nabídnuta jako možné řešení jejich psychosomatických obtíží a jako takoví se ujaly vyplňování dotazníku. Také dostaly instrukci pomocí přiloženého formuláře, aby uvedly, jak se jim dotazník vyplňoval, jak byl srozumitelný a co jim v dotazníku ještě chybělo. Obsah položek v dotazníku nebyl na základě zpětné vazby z pilotního projektu podstatně změněn. Výsledky jsem zaznamenala do připravené excelové tabulky, která byla návrhem, dle kterého jsem zaznamenávala a vyhodnocovala data i ze samotného výzkumu.²⁸ Na základě tohoto ověření jsem tedy vypracovala **definitivní verzi dotazníku postojů psychosomatických klientů k psychoterapii**²⁹.

Tištěný dotazník obsahuje důvody zjišťování postojů k psychoterapii, pokyny k administraci, informace k ochraně informací a osobních údajů a základní údaje o klientovi (identifikace klienta, věk, pohlaví, typ obtíží, datum, název psychosomatického zařízení). Dále je uvedena instrukce k vyplňování dotazníku, včetně stupnice, která je vyjádřena jak graficky, tak verbálně. Na dalších stránkách jsou samotná tvrzení, k nimž se klient vyjadřuje. Klient označuje křížkem u každého tvrzení v dotazníku dle pokynů tu míru souhlasu/nesouhlasu, kterou s daným tvrzením má. Toto zakřížkování jsem převedla na Likertovu škálu 1 - 5, kde 1 znamená rozhodný souhlas a 5 rozhodný nesouhlas s daným tvrzením. Tato čísla jsem převedla do připravené excelové tabulky, kterou uvádím v příloze.³⁰ Cíle výzkumu, včetně hypotéz, jsem ověřovala mírou souhlasu/nesouhlasu všech klientů v daných fázích, resp. celkovými součty za danou fázi a korelovala jsem výsledky v závislosti na věku a pohlaví.³¹

Pro účely zjišťování posouzení zdraví jsem použila pro sběr dat již vytvořené, zatím nestandardizované, **stupnice na posouzení zdraví pacienta** (pro terapeuta a pacienta).³² Na Likertově škále 1 - 5 má nejdříve pacient a nezávisle na něm jeho terapeut, ohodnotit pacientův tělesný a duševní stav, kde 1 znamená velkou závažnost zdravotního stavu a 5 zdraví a stav bez obtíží. Pacienti se rovněž mají možnost podrobněji vyjádřit k prožívání své

²⁸ Viz příloha č. XV.

²⁹ Viz příloha č. IX - č. XI.

³⁰ Viz příloha č. XVI.

³¹ Viz příloha č. XVII a č. XVIII.

³² Viz příloha č. XII a č. XIII.

současné situace a lékař zase formulovat hlavní diagnózu a prognózu. Tento dotazník tedy mapuje, kde se klient nachází na kontinuu zdraví - nemoc, resp. jak vnímá své tělesné nebo duševní onemocnění on sám a jak vnímá onemocnění klienta jeho terapeut na kontinuu od velmi vážného onemocnění až po zdraví a stav bez obtíží.

3.1.3 Výběr vzorku

Výzkum byl proveden na **vybraných psychosomatických pracovištích** od 1. října 2014 do 28. února 2015 (respektive do 31. března 2015, kdy se mi ještě vracely vyplněné dotazníky). Do výzkumu byli vybráni klienti psychosomatických pracovišť, kteří **splňovali kritérium diagnostikovaných psychosomatických obtíží a byla jim nabídnuta psychoterapie, s tím, že do ní ještě nenastoupili**. V tabulce uvádím seznam spolupracujících psychosomatických pracovišť, včetně spolupracujících kontaktních osob daného pracoviště a počtu vybraných klientů, kteří splňovali výše uvedená kritéria.³³

Spolupracující psychosomatická pracoviště		
Název psychosomatického pracoviště	Jméno kontaktní osoby	Klienti - po vyřazení
Centrum komplexní péče Roseta a Dobřichovice	Mgr. Danuše Jandourková	14
Centrum psychosomatické péče Ústí nad Labem PÉXIS	Mgr. Veronika Roudná	6
Psychosomatická klinika Šternberk	MUDr. Michal Kryl	3
Psychosomatické pracoviště externího týmu Praha	PhDr. Pavel Roubal	4
Psychosomatická klinika Praha	MUDr. Jaromír Kabát	22
Celkem		49

Tabulka č. 1 - seznam spolupracujících psychosomatických pracovišť s kontaktními osobami

Výběr osob do výzkumu byl dán psychosomatickými pracovišti, která na základě vstupního vyšetření diagnostikovala obtíže klienta jako psychosomatické. Jinak řečeno, ve vzorku byli ti klienti, kteří byli přijati do programu léčby psychosomatickými pracovišti. Kromě podmínky psychosomatických obtíží bylo další podmínkou výběru klientů do výzkumu nabídnutá psychoterapie. Tito klienti se tedy nacházeli v situaci před uvažovaným vstupem do psychoterapie. Velikost zkoumaného výběru osob byla omezena možnostmi

³³ Viz tabulka č. 1.

daných pracovišť, resp. počtem klientů, kterým byla nabídnuta psychoterapie. Nemohli tam být zařazeni např. klienti, kteří pracoviště navštívili opakovaně, protože měli s psychoterapií již nějaké zkušenosti a to by ovlivňovalo jejich motivaci, resp. postoj k psychoterapii. To se týkalo především Psychosomatického pracoviště ve Šternberku. Dále nemohli být vybráni ti klienti, kterým byla nabídnuta jiná forma terapie, např. rehabilitace, tělesná cvičení, i když byly následně s klienty probírány na verbální úrovni jejich pocity, emoce apod. s danými aktivitami spojené. To se týkalo např. zařízení Roseta v Praze. Také byla řada klientů, kteří docházeli na psychoterapii již delší dobu a nemohli být proto do výzkumu zařazeni. Na druhé straně byli klienti, kteří na psychoterapii čekali z důvodu naplněné kapacity dlouhou dobu; v řádu několik měsíců. To se týkalo např. pracoviště Psychosomatické kliniky v Praze 6. Tím se omezilo množství psychosomatických klientů na výrazně menší počty, přestože daná pracoviště disponují vysokým počtem klientů a jejich kapacity jsou po celý rok naplněny.

Psychosomatická zařízení jsem vybírala s využitím techniky „sněhové koule“. Jak tvrdí DISMAN (2000), tato technika slouží spíše k získání účelově konstruovaného vzorku. Tato technika proto neslouží k vytvoření reprezentativního vzorku a výběr vzorku touto technikou není náhodný. Z důvodu obtížné dostupnosti psychosomatických klientů však byla tato technika nutná. Přístup do psychosomatických pracovišť není snadný a kromě obvolávání a kontaktování pracovišť emailem (pracoviště jsem vyhledávala přes internet na základě dostupných seznamů psychosomatických pracovišť) se mi osvědčilo využít osobní doporučení, konkrétně písemné doporučení od docenta Balcara (do Psychosomatické kliniky na Praze 6) a doporučení od doktora Jakubů, jehož jménem jsem se mohla odvolat k doktoru Roubalovi. Psychosomatickou kliniku Šternberk jsem zkontaktovala rovněž přes osobu, která mi zprostředkovala kontakt na doktora Kryla. Pouze Centrum komplexní péče Roseta Praha a Dobřichovice a Centrum psychosomatické péče Péxis v Ústí nad Labem vstoupilo do spolupráce na základě prvotního kontaktování přes telefon a email. Pro výzkum jsem jednotlivá zařízení přesvědčila při osobní návštěvě, kde jsem osobně představila podstatu výzkumu a získala tak důvěru pro následnou spolupráci. Pro ilustraci přikládám arch se zakreslenými modely pro výzkum motivace, pomocí kterého jsem získávala pracoviště pro spolupráci.³⁴ Způsob získávání psychosomatických klientů daných zařízení potom probíhal přes uvedené kontakty a ve spolupráci s dalšími kolegy daných pracovišť, na principu dobrovolnosti. Nešlo tedy o náhodný výběr. Pro klienty těchto zařízení se ukázalo jako

³⁴ Viz příloha č. XIV.

optimální, aby jim byl předložen dotazník v rámci důvěrného vztahu s jejich terapeutem, kdy měli pocit bezpečí a určité solidnosti. V podstatě to byla jediná cesta sestavení vzorku těžko dostupné populace psychosomatických klientů. Na druhou stranu nevýhodou tohoto způsobu vytváření vzorků pro výzkum je již zmíněná nedostatečná reprezentativnost výsledků. Uvědomuji si, že rozsah vzorku psychosomatických klientů není veliký. Nicméně vůči povaze a cílům výzkumu je dostačující. Hypotézy v tomto výzkumu lze testovat statistickými metodami, nicméně pro standardizaci dotazníku postojů psychosomatických klientů k psychoterapii by byl zapotřebí větší počet respondentů.

Etický aspekt práce byl zabezpečen primárně informovaným souhlasem jak na dotazníku postojů k psychoterapii, tak v zařízení, které mají své specifické postupy a formuláře na informované souhlasy s různými šetřeními. Dotazník postojů k psychoterapii, jak jsem jej popsala výše, obsahuje náležitě informace o tom, kdo a proč výzkum dělá, jak bude nakládáno s daty a citlivými informacemi, míra zveřejnění apod. Tím, že klientům dávali dotazníky pracovníci zařízení, bylo zaručeno, že bude vyplňování i celá administrace probíhat v bezpečném a důvěrném prostředí.

3.2 Shrnutí

V této kapitole jsem popsala svůj **postup** v korelačním výzkumu a blíže se věnovala **povaze zkoumaného problému** a **hypotézám**. Jako zkoumaný problém jsem uvedla zjišťování **úrovně motivace psychosomatických klientů** vybraných psychosomatických pracovišť pomocí dotazníku postojů k psychoterapii vytvořený na podkladě transteoretického modelu procesu změny a specifických faktorů motivace těchto klientů. K hypotézám patřily **úvahy o závislosti výsledků na věku a pohlaví klientů, předpokladu většinové příslušnosti klientů do fáze preparace** a možnosti **předpovědi výsledků v dotazníku postojů na základě výsledků stupnice posouzení vlastního zdraví**. Dále jsem představila **dotazník postojů i stupnice posouzení zdraví** jako metody sběru dat a věnovala se zvolené metodě výběru vzorku, tedy **technice sněhové koule**, časovému plánu výzkumu a informacím k **etickému rozměru** výzkumu. Následující 4. kapitola Výsledky výzkumu motivace psychosomatických klientů k psychoterapii již přinese konkrétní data a jejich interpretace v kontextu hypotéz a předmětu výzkumu.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU MOTIVACE

PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII

Součástí kapitoly o výsledcích výzkumu jsou získané údaje ze sběru dat z dotazníku postojů k psychoterapii a stupnic posouzení zdraví; jejich záznam, vyhodnocení, analýza a interpretace v souvislosti se stanovenými hypotézami a cíli výzkumu. V podkapitole 4.3 Vyhodnocení, analýza a interpretace získaných údajů uvedu tabulky a grafy s relevantními daty vztahující se k vypočteným průměrům v dotazníku postojů k psychoterapii a stupnic posouzení zdraví, které jsou podkladem pro analýzu dat a testování hypotéz.

4.1 Úvod

Získaná data z dotazníku postoje k psychoterapii budou sloužit pro charakteristiku motivace psychosomatických klientů, resp., ve které fázi motivace se nacházejí. Data ze stupnic posouzení zdraví přinesou zajímavý pohled pro srovnání výsledků ze strany pacienta i terapeuta. Obě data budou zároveň podkladem pro testování hypotéz, které jsem si stanovila v podkapitole 3.1.1 Hypotézy. Proměnné, které budu v této souvislosti zkoumat blíže, jsou **věk a pohlaví klientů**, které jsou **nezávislými proměnnými (X)**. **Závislými proměnnými (Y)**, jsou odpovědi v dotaznících, resp. vypočtené skóry z odpovědí klientů.

4.2 Získané údaje

Získané údaje, tj. označení míry souhlasu/nesouhlasu s 24 tvrzeními v dotazníku postojů k psychoterapii jsem **zpracovala formou tabulky v programu Excel**. Tabulka původně obsahovala: název zařízení (zkratka), datum vyplňování, identifikaci klientů (značka, případně interní označení klienta, případně diagnóza), pohlaví, věk, typ obtíží, (onemocnění uvedené pacientem, hlavní diagnóza, prognóza uvedená terapeutem). Později jsem pro

potřeby hypotéz eliminovala údaje na pořadí, pohlaví a věk klienta. Tabulka dále obsahuje odpovědi převedené do čísel 1 - 5 v buňce v příslušném sloupci, který obsahuje tvrzení v dané fázi. Číslo 1 znamená velkou míru souhlasu s tvrzením, číslo 5 malou míru souhlasu s tvrzením v dané fázi (1 - rozhodně souhlasím, 2 - spíš souhlasím, 3 - jsem nerozhodný, 4 - spíš nesouhlasím, 5 - rozhodně nesouhlasím). V tabulce jsou uvedeny součty za každou fázi (suma PK - prekontemplace, suma K - kontemplace, suma P - preparace) a číslo škály v posouzení zdraví (1 - 5). Tabulku jsem pomocí filtru rozlišila na řazení podle pořadí, věku a pohlaví.³⁵ Výsledky byly poté zpracovány **kvantitativně** (příslušné korelace a závislosti) a **kvalitativně** (souvislosti mezi výsledky v jednotlivých fázích pro motivační rozhovory).

Co se týká **zařazení klientů do výzkumu**, ještě bych chtěla dodat, že jsem uvažovala o zařazení 5. osob z pilotního předvýzkumu do výzkumu.³⁶ Nicméně vzhledem k tomu, že nebyly v situaci, kdyby jim byla reálně psychoterapie nabídnuta, nakonec jsem je z toho důvodu ke zkoumanému vzorku nepřipojila. Udělala jsem výjimku pouze v případě doložení vzájemných vztahů mezi fázemi motivace, abych obhájila některé předpoklady, avšak o tom pojednávám v textu dále. Rovněž jsem vyřadila 2 klienty, kteří nevyplnili více položek v dotazníku a 2 klienty z důvodu vnitřních rozporů v jejich odpovědích. Celkem jsem tedy vyřadila 4 klienty z výzkumného vzorku a 5 osob z předvýzkumu. Zkoumaný vzorek tedy po redukci obsahoval 49 klientů. U několika klientů jsem doplnila položky, které nebyly uvedeny (celkem v 11 případech). U těchto položek jsem doplňovala vždy průměr.

4.3 Vyhodnocení, analýza a interpretace získaných údajů

4.3.1 Hypotéza o rozdílu výsledků podle věku

1. hypotéza předpokládá rozdíly ve výsledcích u mladších a starších klientů v dotazníku postojů k psychoterapii i ve stupnicích posouzení zdraví. Ve fázi prekontemplace průměr všech je 35,04, z toho průměr **mladších** 34,63 a průměr **starších** 35,75. Ve fázi kontemplace je průměr všech 23,55, z toho průměr **mladších** 24,06 a průměr **starších** 23,06. Ve fázi preparace je průměr všech 16,82, z toho průměr **mladších** 18,13 a průměr **starších** 15,38. Průměr u posouzení zdraví pacienta je průměr všech 3,0, z toho u

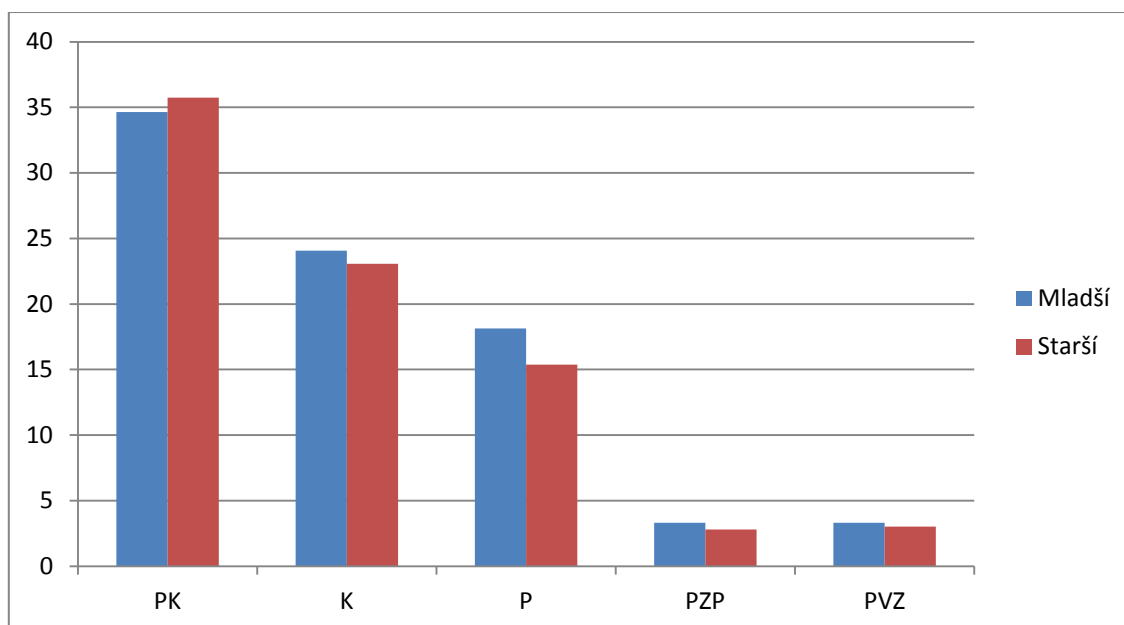
³⁵ Viz příloha č. XVI, č. XVII a č. XVIII.

³⁶ Viz příloha č. XV.

mladších 3,31, starších 2,81. Průměr u posouzení vlastního zdraví je průměr všech 3,13, z toho u **mladších 3,31** a u **starších 3,02**.³⁷

Věk	PK	K	P	PZP	PVZ
Mladší	34,63	24,06	18,13	3,31	3,31
Starší	35,75	23,06	15,38	2,81	3,02
Celkem	35,04	23,55	16,82	3,00	3,13

Tabulka č. 2 - vypočtené průměry v jednotlivých fázích motivace a v posouzení zdraví podle věku (mladší x starší); PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví



Graf č. 1 - sloupcový graf, který zachycuje rozdíly mezi mladšími a staršími ve 3 fázích motivace i v posouzení zdraví; PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví

Pro testování nulové hypotézy, jsem zvolila **Studentův párový dvouvýběrový T-test**. **Výsledek T-testu:** ve fázi prekontemplace $T=0,12$, $p=0,90$, ve fázi kontemplace $T=0,17$, $p=0,87$, ve fázi preparace $T=0,60$, $p=0,55$. U posouzení zdraví pacienta $T=2,25$, $p=0,03$ a u posouzení vlastního zdraví $T=0,94$, $p=0,18$. Pro ověření T-testu ještě uvádím výsledky **neparametrického dvouvýběrového Mann - Whitneova U-testu:** ve fázi prekontemplace

³⁷ Viz tabulka č. 2 a graf č. 1.

U=494, p=0,82, ve fázi kontemplace U=485, p=0,72, ve fázi preparace U=459, p=0,48. U posouzení zdraví pacienta U=461, p=0,50 a u posouzení vlastního zdraví U=501, p=0,90.³⁸

Test	PK	K	P	PZP	PVZ
T-test věk	0,12	0,17	0,60	2,25	0,94
p	0,90	0,87	0,55	0,03	0,18
U-test věk	494	485	459	461	501
p	0,82	0,72	0,48	0,50	0,90

Tabulka č. 3 - výsledky testů k posouzení rozdílů mezi staršími a mladšími klienty; PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví

Z testových ukazatelů rozdílů mezi podsoubory věku vyplývá, že **ve zkoumaném souboru není statisticky prokázána závislost skóre ve fázích prekontemplace, kontemplace a preparace na věku.** U stupnic posouzení zdraví je **statisticky prokázán rozdíl mezi mladšími a staršími pacienty u stupnice části „Posouzení zdraví pacienta“** v tom smyslu, že ve zkoumaném souboru jsou starší pacienti hodnoceni jako celkově více nemocní, než mladší; starší klienty vidí tedy terapeuti jako nemocnější. Výsledek však stačí k zamítnutí nulové hypotézy. U části „Posouzení vlastního zdraví“ v tomto směru zjištěný rozdíl již statisticky průkazný není; starší klienti se tedy sami nehodnotí statisticky průkazně hůře, než mladší klienti.

4.3.2 Hypotéza o rozdílu výsledků podle pohlaví

2. hypotéza předpokládá rozdíly ve výsledcích u mužů a žen v dotazníku postojů k psychoterapii i ve stupnicích posouzení zdraví. Spočítané průměry vyšly takto: **ženy:** fáze prekontemplace - 35,36, fáze kontemplace - 23,53, fáze preparace - 16,72; posouzení

³⁸ Viz tabulka č. 3.

zdraví pacienta - 2,97, posouzení vlastního zdraví - 3,18; **muži**: fáze prekontemplace - 34,15, fáze kontemplace - 23,62, fáze preparace - 17,08; posouzení zdraví pacienta - 3,08, posouzení vlastního zdraví - 3,0. Průměry jsem zachytila i do přehledné tabulky.³⁹

Pohlaví	PK	K	P	PZP	PVZ
Muži	34,15	23,62	17,08	3,08	3,00
Ženy	35,36	23,53	16,72	2,97	3,18
Celkem	35,04	23,55	16,82	3,00	3,13

Tabulka č. 4 - vypočtené průměry ve fázích motivace a v posouzení zdraví podle pohlaví (muži x ženy); PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví

Pro celkovou představu uvádím rovněž průměry včetně standardních odchylek.⁴⁰

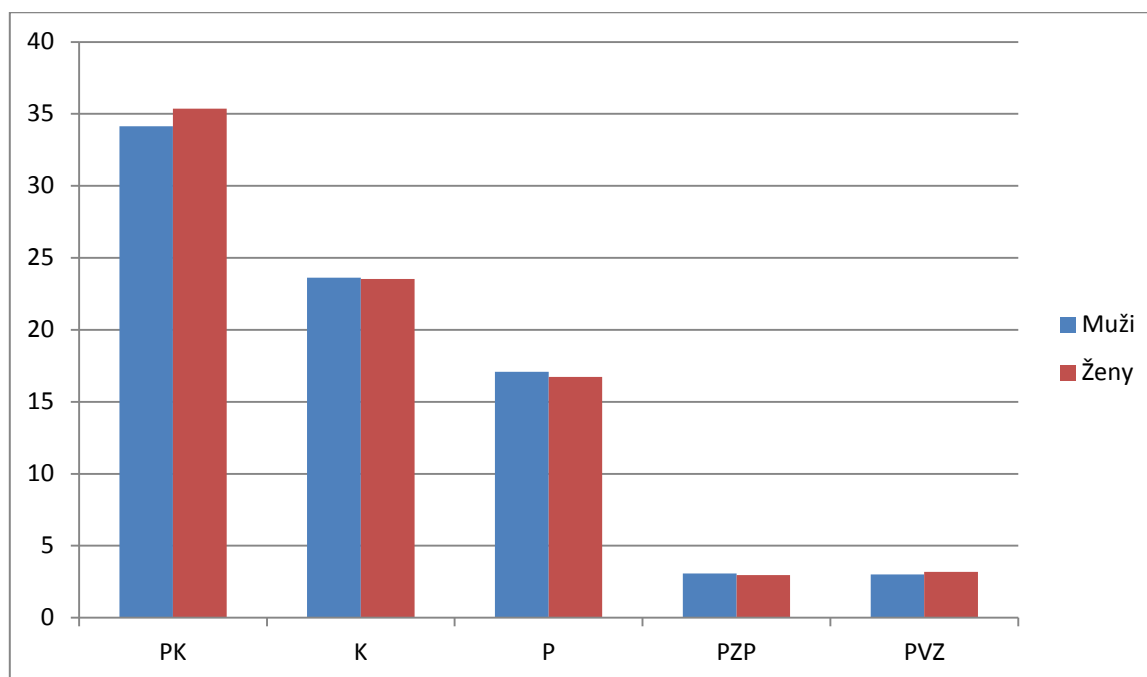
Pásma	Celkem	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchylka
PK	49	24	40	35,04	4,168
K	49	18	31	23,55	2,433
P	49	8	27	16,82	4,428
PZP	49	2	4	3,00	0,645
PVZ	49	1	5	3,13	0,695

Tabulka č. 5 - popisné statistiky stupnic (průměry; bodová rozpětí 5. stupnic); PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví

³⁹ Viz tabulka č. 4.

⁴⁰ Viz tabulka č. 5.

Pro vizuální přehled jsem tyto průměry vyjádřila sloupcovým grafem.⁴¹



Graf č. 2 - sloupcový graf, který zachycuje rozdíly mezi muži a ženami ve 3 fázích motivace i v posouzení zdraví; PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví

Pro testování nulové hypotézy jsem zvolila **Studentův párový dvouvýběrový T-test**. **Výsledek T-testu muži x ženy u posouzení vlastního zdraví:** $T=0,15$, $p=0,88$ u fáze prekontemplace, $T=0,02$, $p=0,99$ ve fázi kontemplace a $T=0,09$, $p=0,93$ ve fázi preparace zdaleka neumožňuje prokázat, že jsou na tom muži a ženy rozdílně. Průkazný rozdíl není mezi pohlavími, ani, co se týká vnímání vlastního zdravotního stavu. **Výsledek T-testu muži x ženy u posouzení zdraví pacienta:** $T=0,14$, $p=0,88$ a posouzení vlastního zdraví $T=1,07$, $p=0,29$. Pro porovnání T-testu ještě mohu doložit výsledky neparametrického dvouvýběrového **Mann - Whitneova U-testu: muži x ženy:** $U=879$, $p=0,65$ ve fázi prekontemplace, ve fázi kontemplace $U=914$, $p=0,87$, ve fázi preparace $U=914$, $p=0,87$. Posouzení zdraví pacienta $U=253$, $p=0,66$, posouzení vlastního zdraví $U=217$, $p=0,45$. Výsledky T-testu a kontrolního U-testu potvrdil **rozdíly mezi posouzením zdraví pacienta a**

⁴¹ Viz graf č. 2.

posouzením vlastního zdraví mezi muži a ženami: T-test: $T=1,52$, $p=0,13$ a U-test: $U=1157$, $p=0,43$.⁴² Ženy jsou hodnoceny jako více nemocné, ale sami se tak nehodnotí.

Test	PK	K	P	PZP	PVZ	T-test PZPx PVZ	U-test PZPx PVZ
T-test MxŽ	0,15	0,02	0,09	0,14	1,07	1,52	
p	0,88	0,99	0,93	0,88	0,29	0,13	
U-test MxŽ	879	914	914	253	217		1.157
p	0,65	0,87	0,87	0,66	0,45		0,43

Tabulka č. 6 - výsledky testů k posouzení rozdílů mezi muži a ženami; PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace, PZP - posouzení zdraví pacienta, PVZ - posouzení vlastního zdraví

Z testových ukazatelů rozdílů mezi podsoubory podle pohlaví vyplývá, že ve zkoumaném souboru není prokázána závislost skóre ve fázi prekontemplace, kontemplace a preparace na pohlaví. Co se týče vzorku 13 mužů a 36 žen, jsou si muži a ženy, vzhledem ke svým postojům vůči psychoterapii a v posuzování svého zdraví, velmi podobní. V tomto vzorku se hypotéza, že jsou na tom muži a ženy rozdílně, nedaří zamítnout (tento závěr je však platný pouze pro tento vzorek).

4.3.3 Hypotéza o většinové příslušnosti k fázi preparace

3. hypotéza předpokládá výsledek většinové příslušnosti klientů k fázi preparace. Pro testování hypotézy jsem použila **T-test pro závislé výběry**. Výsledky vzájemných T-testů mezi stupnicemi souhrnných skóre ve fázích prekontemplace, kontemplace a preparace vyšly následovně: T-test rozdílu průměrů mezi PK a K: $T=8,310$, $p<0,000$; mezi PK a P: $T=8,610$,

⁴² Viz tabulka č. 6.

$p < 0,000$; mezi K a P: $T=7,340$, $p < 0,000$.⁴³ **Výsledky dokládají většinou příslušnost do fáze preparace.**

Pásma	PK	K	P
PK	-	8,310	8,610
p	-	0,000	0,000
K	8,310	-	7,340
p	0,000	-	0,000
P	8,610	7,340	-
p	0,000	0,000	-

Tabulka č. 7 - T-testy rozdílu průměrů mezi fázemi prekontemplace, kontemplace a preparace; PK - fáze prekontemplace, K - fáze kontemplace, P - fáze preparace

Ověření této hypotézy by mělo rovněž doložit, **zda dotazník postojů k psychoterapii dokáže měřit motivaci klientů**, kteří se nacházejí v různých fázích motivace, tedy i ve fázi preparace. Pro tuto hypotézu jsem zkoumala vzájemné vztahy mezi jednotlivými fázemi. Výsledky vyšly následující.⁴⁴

Označení vzorce vztahů	Typ fáze	Vyjádření vztahu vzorcem	Počet klientů v pásmu	Konečný počet klientů v pásmu
1	Fáze preparace (P)	$PK < K < P$	44	49
2	Fáze kontemplace (K)	$PK < K > P$	2	5
3	Fáze prekontemplace (PK)	$PK > K > P$	0	0
4	Další vztah	$PK = K < P$	1	0
5	Další vztah	$PK < K = P$	1	0
6	Další vztah	$PK > K < P$	1	2

Tabulka č. 8 - počet klientů v definovaných fázích

⁴³ Viz tabulka č. 7.

⁴⁴ Viz tabulka č. 8.

Ve fázi preparace se dle tabulky nacházelo 44 klientů a také 3 klienti z pilotního výzkumu. Ve fázi kontemplace se vyskytovali 2 klienti a rovněž 2 klienti z pilotního výzkumu. Ve fázi prekontemplace se nenacházeli žádní klienti z výzkumného vzorku. Kromě předpokládaných vzorců vztahů, vyjadřující příslušnost k fázím prekontemplace, kontemplace a preparace u zkoumaných osob nacházím v datech i několik odlišných vztahů. Další objevené vztahy mezi fázemi ukazují oddělené části tabulky.⁴⁵ Vzorcům, označeným č. 4, 5 a 6 odpovídal výsledek vždy 1 klienta. Vzorec $PK = K < P$ ukazuje na klienta, který má statisticky stejnou pravděpodobnou příslušnosti do fáze preparace i prekontemplace. Výsledek ve vzorci $PK < K = P$ pásma ukazuje na klienta, který má statisticky stejnou pravděpodobnou příslušnosti do fáze preparace i kontemplace. Dotazník postojů k psychoterapii diagnostikuje v rámci vzorku 49 klientů fázi preparace a kontemplace. **Na první pohled je evidentní převaha klientů ve fázi preparace⁴⁶**, tedy fázi, pro kterou je v mém kontextu typická připravenost a motivace pro psychoterapii.

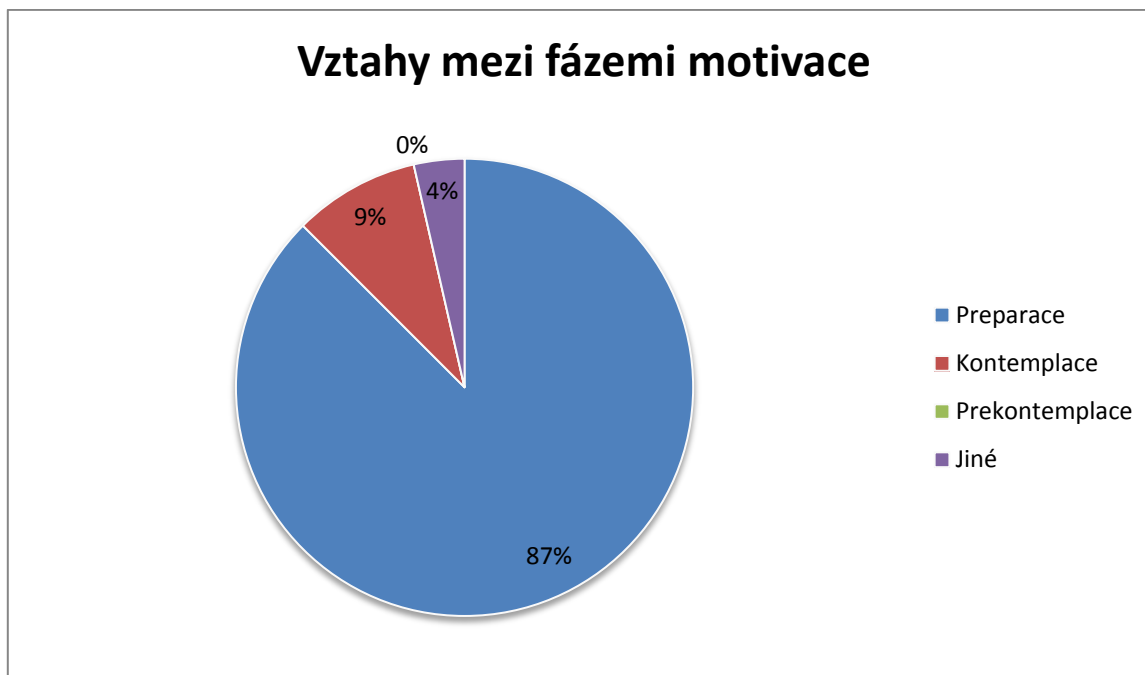
Většina ve zkoumaném souboru skóruje příslušností do pásma preparace, ale pro ověření, zda je schopen dotazník rozlišit i jiný výsledek, než fázi preparace, jsem pro účely tohoto zjištění začlenila do rozboru i 5 osob z pilotního výzkumu, kteří sice nejsou v lékařské péči, ale také vyplnili dotazník s ohledem na případně nabízenou psychoterapii. Zde se objevily náznaky pro úvahu, že u nich vychází výsledek jinak, resp. 2 z nich skórovali příslušností do pásma kontemplace a 1 další měl hraniční pravděpodobnost také k této příslušnosti, tedy celkem $2 + 2 + 1 = 5$.⁴⁷ Výskyt příslušností k určitému pásma daný vzorcem z tabulky jsem vyjádřila pro vizualizaci v koláčovém diagramu.⁴⁸

⁴⁵ Viz příloha č. XIX.

⁴⁶ Viz tabulka č. 8: celkem $44 + 3 + 1 + 1 = 49$; 44 - klienti ze zkoumaného vzorku, 3 - osoby z pilotního výzkumu, 1 + 1 - osoby, jejichž výsledky odpovídaly dvojí možnou příslušností - vzorec vztahů v tabulce č. 8 označen pod č. 4 a 5.

⁴⁷ Viz tabulka č. 8.

⁴⁸ Viz graf č. 3.



Graf č. 3 - vztahy mezi fázemi motivace, vyjadřující příslušnost k danému pásmu

2 případy ukazovaly vzorcem $PK > K < P$ paradoxní situaci, kdy příslušnost klientů k fázi prekontemplace a k fázi preparace se vyskytovala zároveň (klientka evidovaná pod č. 32 a pod č. 12). Celkový součet 24 u fáze prekontemplace však vyjadřovalo o něco větší míru souhlasu, než součet 26 u fáze preparace (klientka pod č. 32). V druhém případě naopak číslo 15 vyjadřovalo vyšší míru shody s fází preparace, než číslo 30 u fáze prekontemplace (klientka pod č. 12).⁴⁹

Z **interkorelací stupnic prekontemplace, kontemplace a preparace**⁵⁰ vyplývá **statisticky průkazná vysoká záporná korelace mezi prekontemplací a preparací: -0,373**, což svědčí ve prospěch rozlišovací schopnosti dotazníku; kdo skóruje více v preparaci, skóruje méně v prekontemplaci, což podporuje rozlišení obsažené v teoretickém modelu. Výsledek záporné korelace mezi těmito fázemi také svědčí o tom, že fáze prekontemplace se vymezuje proti oběma následujícím fázím motivace: se skóry kontemplace koreluje rovněž záporně: -0,105.

⁴⁹ Viz příloha č. XIX.

⁵⁰ Viz tabulka č. 9.

Pásma	PK/ ρ	K/ ρ	P/ ρ	PZP/ ρ	PVZ/ ρ	PZP/ τ	PVZ/ τ
PK	1,000	-0,105	-0,373**	-0,093	0,135		
p		0,473	0,008	0,524	0,356		
K	-0,105	1,000	0,360*	-0,139	0,078		
p	0,473		0,011	0,340	0,595		
P	-0,373**	0,360*	1,000	0,238	0,272		
p	0,008	0,011		0,099	0,059		
PZP	-0,093	-0,139	0,238	1,000	0,397**	1,000	0,365**
p	0,524	0,340	0,099		0,005		0,005
PVZ	0,135	0,078	0,272	0,397**	1,000	0,365**	1,000
p	0,356	0,595	0,059	0,005		0,005	

Tabulka č. 9 - interkorelace, resp. pořadové korelace stupnic - neparametrické korelace PKxKxPZPxPVZ na hladině významnosti $\alpha=0,01$ ** a $\alpha=0,05$ * (Spearmanovo ρ - test pořadové korelace; Kendallovo τ - pro málohodnotové stupnice)

Z interkorelací vyplývá dále naopak **statisticky průkazná kladná korelace mezi fází kontemplace a preparace: +0,360**. Je možné uvažovat o interpretaci možného překrývání těchto fází, resp. stupnic. To by znamenalo jemněji rozlišit mezi položkami nebo zpochybnit teoretické rozlišení pokročilejších fází motivace v dotazníku (těchto 2 na sebe navazujících fází). Na druhou stranu mohu namítnout, že při malém společném rozptylu 14% a 13% nejde o nijak závažné nálezy. Transteoretický model procesu změny chápe vývoj motivace tak, že se motivace vyvíjí po jakési spirále (resp. vývrutce) postupně v čase tak, že fáze kontemplace již představuje určitý pozitivní signál ke změně, na který navazuje fáze preparace s tendencí se rozhodnout, tedy příslibem vstupu do fáze akce. Po případném neúspěchu ve fázi udržení sice může dojít k relapsu, ale navazující spolupráce nemusí vést k postupu nutně přes fázi prekontemplace, ale může dojít rovnou ke vstupu do fáze kontemplace nebo preparace a to na vyšší vývojové úrovni motivace. Jenom u fáze prekontemplace jde tedy o určité výrazné vymezení proti následujícím fázím. Naopak fáze následující se proti sobě, z výše zjištěného, proti sobě nevymezují, ale nutně se částečně překrývají. Kladná korelace mezi fázemi kontemplace a preparace dokládá jen to, že tyto fáze nejsou v rozporu a předpokládají a reprezentují tak již určitou motivovanost. Jinými slovy fáze kontemplace a preparace obě vyjadřují kladnou motivaci a obě jsou v protikladu k fázi prekontemplace, která vyjadřuje amotivaci.

Výsledky získané v odpovědích typických pro jednotlivá pásma svědčí jednak o specifických postojích v každém pásmu a o **existenci postupného vývoje motivace**. To je

v souladu s teoriemi o změnách postojů obecně, kde se předpokládá určitý proces zaměření postoje, ve kterém je nutné nejprve docílit neutrálního postoje a po té je teprve možno působit na jeho změnu vhodně zvoleným přesvědčováním. Toto přesvědčování může mít různou formu. Tu jsem se pokusila přetavit do návrhu motivačních rozhovorů v podkapitole 4.4 Návrh motivačních rozhovorů.

Pro validnější ověření je třeba rozšířit testování ze stávajícího vzorku 49 osob, kde je psychoterapie nabízena a klienti tuto nabídku zvažují, i na vzorek osob, které se do zařízení, zaměřených na psychoterapii, nedostavily. Právě od nich by se totiž dalo očekávat, že budou skórovat více v pásmech kontemplace nebo prekontemplace. Tyto osoby by se tedy pravděpodobněji nacházely ve fázích, reprezentujících menší motivaci k psychoterapii.

Většina z klientů ve zkoumaném vzorku 49 osob patří do teoreticky vymezené fáze preparace, tedy fáze motivace, která zahrnuje rozhodnutí vstoupit do psychoterapie. Nabídnutá psychoterapie tedy takovými klienty nebude odmítnuta. Pro účely příslušnosti klientů do určitého pásma jsem volila prosté součty hodnot za danou fázi motivace. Tím jsem definovala, ve kterém pásmu se klient nachází. Pro detailnější práci s konkrétním klientem by však bylo optimální pracovat s jemnějším vnímáním těchto součtů. Pro jemnější definování škály by bylo nutné stanovit lokální normy, tedy usilovat o přesnější prozkoumání u jednotlivých položkových rozložení skóre a rozložení pásma vymezené podle jejich statistického rozložení optimálně na kvartily, zařadit klienty do těchto pomyslných pásem a stanovit, co by potřebovali lidé, kteří skórují v Q1, Q2, Q3 a Q4. To by ovšem bylo již nad rámec této diplomové práce. Již nyní lze však pracovat se součty kvalitativně a podívat se u konkrétního klienta jak na jednotlivá čísla, tak na skóre jednotlivých položek. To může být východiskem pro motivační rozhovory. Příklady takové práce uvedu dále v textu.

Nulovou hypotézu (rovnoměrné rozdělení příslušnosti osob do všech fází (prekontemplace, kontemplace a preparace) tedy nelze v předmětném zkoumaném vzorku zdaleka zamítnout.

4.3.4 Hypotéza o korelacích mezi dotazníkem postojů k psychoterapii a stupnicemi posouzení zdraví

4. hypotéza předpokládá korelace mezi jednotlivými fázemi dotazníku postojů k psychoterapii a dvěma stupnicemi posouzení zdraví. K výpočtu korelace jsem použila **Spearmanův koeficient pořadové korelace ρ** . Výsledky vyšly následující: korelace fáze prekontemplace s posouzením zdraví pacienta: $\rho=-0,09$, $p=0,52$, s posouzením vlastního zdraví: $\rho=0,13$, $p=0,36$; korelace fáze kontemplace s posouzením zdraví pacienta: $\rho=-0,14$, $p=0,34$, s posouzením vlastního zdraví, $\rho=0,08$, $p=0,59$; korelace fáze preparace s posouzením zdraví pacienta: $\rho=0,24$, $p=0,10$, s posouzením vlastního zdraví, $\rho=0,27$, $p=0,06$. Korelace posouzení zdraví pacienta s posouzením vlastního zdraví vychází následovně: $\rho=0,40$, $p=0,005$, **koeficient determinace R^2 : $R^2=0,16$** . Pro kontrolu uvádím **Kendallův koeficient pořadové korelace τ** . Výsledek je $\tau = 0,36$, $p=0,005$, $\tau^2=0,13$.⁵¹

Z výše uvedeného vyplývá, že **korelace fáze prekontemplace a kontemplace s oběma stupnicemi posouzení zdraví není statisticky průkazná**. V porovnání s ostatními fázemi se výsledek u **fáze preparace blíží statisticky průkazné korelaci**, i když tento výsledek hranice konvenční statistické průkaznosti nedosahuje. Ve výzkumu psychoterapie je však pro opatrnou interpretaci akceptovatelný: **čím více vnímá klient svůj zdravotní stav závažněji, tím více se nachází ve stádium preparace, tedy ve fázi připravenosti a motivovanosti k psychoterapii**.

Mezi **posouzením zdraví pacienta a posouzením vlastního zdraví** vychází na pólprocentní hladině pravděpodobnosti statisticky vysoce průkazná korelace: $+0,397$. Vzhledem k tomu, že jsou tyto obě části dotazníku posouzením zdravotního stavu pacienta, je tento výsledek očekávaný. Zajímavý je však fakt, že **shoda mezi posouzením zdraví klienta hodnotící osobou (terapeut) a sebesposouzením vlastního zdraví pacientem** vychází pouze na 16 %.

4.4 Návrh motivačních rozhovorů

Příklady práce s konkrétními klienty uvedu na 3 ukázkách motivačních rozhovorů s klienty, kteří jsou uvedeni pod čísly 20, 32 a 33. Tito klienti mají totiž zajímavá specifika.

⁵¹ Viz tabulka č. 9.

4.4.1 Ukázka motivačního rozhovoru č. 1

Klient pod č. 20 skóruje ve fázi prekontemplace 27, ve fázi kontemplace 25 a ve fázi preparace 25. Nachází se vzorci vztahů (označený v tabulce č. 8 pod číslem 5), kdy může být současně ve fázi preparace i kontemplace. Z čísel vidíme, že jsou si hodně podobná; klient navíc skóruje shodně jak ve fázi kontemplace, tak ve fázi preparace. Hrubým vztahovým vzorcem vidíme, že je klient pro psychoterapii motivován. Ovšem co říká hodnota 27? Říká, že souhlas s fází prekontemplace také není nijak malý. Jde tedy o klienta, kterému je dobré věnovat více pozornosti a podívat se na odpovědi v jednotlivých položkách. Zajímají mne položky u fáze preparace, kde souhlasí tento klient nejméně, tedy položka 15, 16 a 18, kde skóruje hodnotou 4, tedy spíš nesouhlasí:

15 - Seznamuji se s různými druhy psychoterapie, které mi jsou nabízeny, a uvažuji, která bude pro mne nejlepší.

16 - Cítím se lépe s lidmi (v rodině, mezi přáteli, v práci apod.), kteří můj vstup do psychoterapie podporují, než s těmi, kteří jsou k tomu skeptičtí

18 - Než do psychoterapie nastoupím, zkusím do svého života zavádět různé menší změny na doporučení lékaře nebo psychoterapeuta

Z toho detailnějšího rozboru vidím, že se s klientem mám vést rozhovor na tato témata. Zda klient ví, co je psychoterapie a zda je informovaný o jejích různých alternativách. V případě, že není, mu tyto informace poskytnout. Zeptat se klienta, zda má ve svém životě sociální oporu, co se týká jeho rozhodnutí vstoupit do psychoterapie, zda jeho nejbližší o tom ví a zda si s někým může o tom promluvit. Mohu pomoci klientovi takového člověka v jeho okolí hledat. Klientovi je 20 let, a je to muž. Jeho sdělení může být odrazem určité situace v jeho rodinném prostředí. Mohu rovněž motivovat klienta k zavádění drobných změn v jeho životě. Například v tom, že se svěří někomu sobě blízkému a důvěryhodnému nebo, že si přečte nějaké materiály o psychoterapii, či se účastní nějakého přípravného sezení, aby psychoterapii lépe poznal. Jak jsem psala v teoretické části textu práce, je dobré vést motivační rozhovor tak, aby klient přešel s fáze preparace do fáze akce, tedy aby do psychoterapie reálně vstoupil. Co tedy použít? Jak bylo uvedeno v podkapitole 2.2.2 Intervence, osoba v této fázi si potřebuje stanovit priority a cíle; dát si jasná předsevzetí a vytvořit plán akce. Tím si může posílit pocit, že ovládá svůj úděl. Terapeut nebo lékař tedy

optimálně klientovi nabízí vhodnou strategii postupu, nebo ještě lépe, dává mu zpětnou vazbu na osobní plán, který si klient s pomocí terapeuta vytvořil. Je vhodné klienta podporovat v autonomii a ocenit jeho rozhodnutí ke změně. V případě tohoto klienta by vedl rozhovor k dohodnutí konkrétního termínu nástupu na psychoterapii. Dále by se klient informoval o časech setkání, případně o průběhu a náplni, ale i o celkové délce trvání psychoterapie. To jsou ostatně postupy při vytváření kontraktu s klientem a postupy při předkládání informovaného souhlasu klientovi. V tomto ohledu je optimální, aby pro rozhodnutí vstoupit do psychoterapie měl klient opravdu všechny podstatné informace, i když některé mohou být probrány ústně. Ocenění klienta za rozhodnutí do psychoterapie vstoupit patří také k obecným faktorům, které pomáhají vzniku optimálního důvěrného psychoterapeutického vztahu. Pokud klient ještě s něčím váhá, něčeho se bojí, může rozhovor sloužit k vyloučení těchto obav. To se týká odpovědí na položky 6 a 21. U nich hodnotou 2 v obou případech vyjadřuje klient spíše souhlas.

6 - Doufám, že moje okolí (rodina, přátelé, kolegové v práci apod.) kladně ocení mé rozhodnutí jít do psychoterapie

21 - Pokládám za vhodné se o psychoterapii dozvědět něco více (z časopisů, knih, z rozhovorů s lékařem, psychoterapeutem, přáteli apod.)

Z těchto odpovědí je vidět souvislost s odpověďmi na položky 15, 16. Je patrné, že klientovi záleží na kladném hodnocení ze strany jeho nejbližších a vyjadřuje určité váhání, zda ho za rozhodnutí ke vstupu do psychoterapie kladně ocení. Zároveň vyjadřuje vnímanou nedostatečnost své informovanosti o psychoterapii. Opět mohu doporučit poskytnout klientovi více informací o psychoterapii a zároveň s ním pohovořit o podpůrnosti jeho sociálního prostředí. Ve fázi kontemplace se ostatně nejvíce uplatní právě intervence biblioterapie a edukace, jak píše v podkapitole 2.2.2 Intervence. Odpověď na položku 21 je poptávkou po takové intervenci. Co se týká položek u fáze prekontemplace, tak u všech položek je hodnota 3, tj. jsem nerozhodný a 4, tj. spíš nesouhlasím. To je tedy méně výrazné pro to, abychom se zabývali touto fází detailněji.

4.4.2 Ukázka motivačního rozhovoru č. 2

Klientka pod číslem 32 vyjadřuje paradoxní situaci vyjádřenou v tabulce č. 8 příslušností k fázi prekontemplace a preparace zároveň. Čísla ovšem napovídají, že jde o

poměrně vyrovnaný stav (24 u prekontemplace, 28 u kontemplace a 26 u preparace). Tentokrát jde o ženu, 21 let. Pokud se opět podíváme podrobněji na zajímavé položky, bude vhodné zastavit se u položek 2, 9 a 10 u fáze prekontemplace, ve kterých klientka s tvrzeními spíše souhlasí (hodnota 2).

2 - O psychoterapii toho moc nevím a ani mne nezajímá; psychoterapie není pro mne přitažlivá

9 - Druzí lidé (rodina, přátelé, kolegové z práce apod.) mne upozorňují, že bych měla jít do psychoterapie; je to ale nesmysl - já jsem psychicky normální, mám jen tělesné potíže

10 - Když půjdu do psychoterapie, tak budu v očích ostatních jako někdo, kdo si neumí poradit se svými obtížemi sám

Tyto položky charakterizují klientku jako ženu, pro kterou není psychoterapie oproti somatické léčbě zajímavou alternativou. Navíc má klientka o sobě takové mínění, že si musí s obtížemi poradit sama; navzdory mínění ostatních blízkých. Klientka je kandidátkou na intervenci pro přechod do fáze kontemplace. Jak jsem již psala v 2.2.2 Intervence, v této fázi jsou klienti schopni zpracovávat méně informací o svých obtížích a často jsou v odporu. Odpor je normální obecná reakce na změnu. Změna vytváří úzkost a strach ze ztráty kontroly, ze ztráty toho navykého v životě a z toho, co nového a neznámého stojí před člověkem v budoucnu. Odpor mohou chápat jako určitou reakci na krizi ze ztráty, kde proces vyrovnávání začíná negací, popíráním a odporem. Zde terapeut musí klientce poskytovat větší péči, pomoc a oporu. Jako vhodná intervence je obecně zvyšování vědomí. Pokud chci, aby tato klientka uznala potřebu psychoterapie v léčbě jejích obtíží, musím zvýšit její vědomí naléhavosti o nutnosti změny jejího postoje. Jde o to, aby se klientka aktivně zapojila do procesu zvyšování vědomí naléhavosti změny, důvěřovala terapeutovi a uvěřila důvodům, proč by měla psychoterapii absolvovat. Toto doporučení je v souladu s analytickými modely i modely sociálního učení směřující k pochopení funkce odporu.

Pokud se u této klientky ještě podíváme na fázi kontemplace, zde by bylo na místě zastavit se u položky 6:

6 - Doufám, že moje okolí (rodina, přátelé, kolegové v práci apod.) kladně ocení mé rozhodnutí jít do psychoterapie

Vidím, že se opakuje přání klientky ohledně reakce jejího sociálního okolí.

Nakonec pak položky 4, 5, 11, 15 a 18 fáze preparace, reprezentují spíše nesouhlas (hodnota 4). Na nich je patrné (již nebudu položky vypisovat; jsou součástí dotazníku přiloženého v příloze č. X - č. XI), že se klientka nerozhodla k nástupu do nějakého zařízení, netěší se na to, že by do psychoterapie nastoupila a ani se o psychoterapii nesnaží nic dozvědět. Klientce se nedaří, a ani se nesnaží, překonat překážky, které jí brání vstoupit do psychoterapie. Zde bych určitě doporučovala pracovat s tím, aby klientka definovala tyto překážky; mnohé z nich jsou pravděpodobně součástí jejích obran a jejího postoje k psychoterapii. Tato klientka je určitě klientkou, se kterou je nutno pracovat. Opírala bych se o její odpovědi v uvedených položkách a zároveň bych ji podpořila a ocenila v tom, kde s položkami u fáze preparace spíše souhlasí (položky 7, 8, 16 - hodnoty 2).

4.4.3 Ukázka motivačního rozhovoru č. 3

Jako poslední příklad motivačního rozhovoru uvedu rozhovor s **klientkou s č. 33**, 78 let. Tato klientka má největší míru souhlasu s tvrzeními ve fázi kontemplanace. Zároveň má vysoká čísla (5), tj. rozhodný nesouhlas s položkami 4, 5, 18 ve fázi preparace a rozhodný souhlas (1) s jednou položkou 19 ve fázi prekontemplanace. Pokud se podívám na tyto položky, vidím před sebou klientku, která je zklamaná zkušenostmi předchozí léčby jejích obtíží, a to otřásl její důvěrou natolik, že nevěří ani v to, že by jí mohla pomoci psychoterapie (19). Přiznává, že se pro zařízení ani psychoterapii ještě nerozhodla. Vyjádřením souhlasu s položkami 6, 12 a 21 ve fázi kontemplanace však klientka vyjadřuje ochotu se o psychoterapii více dozvědět (21) a je také přístupná úvahám, že její tělesné potíže a duševní stav spolu nějak souvisí (12). Jde tedy o klientku, se kterou je vhodné pracovat vzdělávacími intervencemi typu biblioterapie a edukace. Těmito intervencím je klientka v této fázi nejvíce přístupná. Je třeba mít na paměti to, aby klientce byly možnosti vzdělání poskytnuty formou nabídky, aby si klientka mohla sama svobodně zvolit formu i obsah. Zároveň klientka doufá v podporu svého sociálního okolí (6).

4.4.4 Závěr

To jsou tedy příklady motivačních rozhovorů s konkrétními klienty, ke kterým slouží jako podklad nápadné skóry výpovědí v dotazníku postojů k psychoterapii. Na detailnějších rozbořech je patrné, že je zapotřebí v motivačních rozhovorech uplatnit kreativitu a číst skóry ve vzájemných souvislostech. Odměnou může být získání dalších poznatků o klientovi a mapování oblastí, ve kterých má klient potíže. O těchto oblastech by v běžném

anamnestickém rozvoru nemusela být zmínka, a tak by důležité aspekty obav klienta nemusely vyjít najevo. Rozhovor doporučuji vést s dostatečně aktivní účastí klienta tak, aby se podpořily jeho vlastní vnitřní zdroje, které povedou ke změně. Jenom potom může být rozhodnutí vstoupit do psychoterapie trvalé.

Argumenty pro takové rozhovory přináší i (PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 400): „*Velikost pokroku, který udělají klienti po intervenci, má tendenci být funkcí jejich stadia změny, v němž se nacházejí před léčbou.*“ To se potvrdilo u pacientů s panickou poruchou, léčených léky; u kardiaků v poradenských službách; v odvykání kouření v komunitních programech; u pacientů s poškozením mozku léčených rehabilitací. Míra úspěchu v léčbě byla závislá na stadiu změny, v němž se nacházeli před léčbou. A protože jsou pacienti v různých stadiích změny, nemůže se k nim přistupovat tak, jako by všichni měli stejnou motivaci (nacházeli se ve stejné fázi). Pokud léčebný program pomáhá klientům přejít alespoň o jedno stadium změny do dalšího, zdvojnásobí podle autorů šanci, že bez cizí pomoci, tj. z vlastního rozhodnutí, v blízké budoucnosti provedou odpovídající akci (resp. přijmou řešení svých obtíží pomocí psychoterapie). Zjištěná příslušnost k fázi motivace může předpovědět, zda klient v terapii setrvá. Okolnosti faktu, že cca 30 - 40% pacientů předčasně ukončí terapii, nejsou, dle citovaných autorů, spolehlivě známy. Použití „diagnostiky“ fází ukázalo, že 40% lidí, kteří ukončili terapii předčasně, se nacházeli ve fázi prekontemplace, 20%, kteří léčbu ukončili z vážných důvodů hned, bylo ve fázi akce a ti, kteří v terapii pokračovali, byli ve fázi kontemplace. Příslušnost k fázi může poskytovat deskriptivní a prospektivní informace o způsobu doporučené intervence. Na akci orientované programy lze doporučit pro fázi preparace a akce (klienti jsou na akci připraveni). U fáze prekontemplace a kontemplace jsou takové programy spíše škodlivé. Vztah mezi stadiem před léčbou a výsledkem je nezávislý na druhu léčby. Propojení fází motivace s procesy změn slouží k indikaci systematického a účinného používání intervencí (PROCHASKA a NORCROSS, 1999).

5 ZÁVĚRY Z VÝZKUMU MOTIVACE

PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII

5.1 Přehled provedeného výzkumu

Nyní bych ráda **rekapitulovala postup** v korelačním výzkumu motivace psychosomatických klientů k psychoterapii. Na začátku výzkumu jsem se inspirovala faktem, že výzkum motivace k psychoterapii, navíc u psychosomatických klientů, nebyl zatím, až na určité výjimky, dosud předložen (alespoň mi to není známo z provedené rešerše).

Inspirací byla pro mne sebesterminální teorie, integrální model motivace a především transteoretický model procesu změny, které blíže zkoumali v kontextu měření motivace již někteří psychologové. Napadlo mne pro měření motivace psychosomatických klientů k psychoterapii vyvinout vlastní dotazník postojů k psychoterapii, který by navazoval na koncept transteoretického modelu procesu změny a také na specifika motivace psychosomatických klientů, zejména otázka primárního a sekundárního zisku z nemoci. Východiskem pro mne byly první 3 fáze transteoretického modelu procesu změny, tj. fáze prekontemplace, kontemplace a preparace. Na základě tohoto konceptu jsem vytvořila dotazník postojů k psychoterapii a u pilotního předvýzkumu jsem zjišťovala, zda je takto možno postupovat při zjišťování motivace, resp. postoje k psychoterapii. Po tomto ověření jsem začala s náročným získáváním psychosomatických pracovišť pro spolupráci. Nakonec se podařilo domluvit spolupráci s 5. zařízeními. Teprve tehdy jsem mohla výzkum doladit a začít. Doladění znamenalo promyslet možnosti, které dotazník postojů k psychoterapii může přinést. Jednak to bylo zjišťování fáze motivace, tedy její měření; dále to bylo zjišťování, zda věk, nebo pohlaví ovlivňuje odpovědi v dotazníku postojů k psychoterapii. Dále jsem mohla zkoumanému vzorku předložit již existující stupnice posouzení zdraví a zkusit výsledky dotazníku korelovat s výsledky získanými těmito stupnicemi. Navíc jsem zjišťovala, zda se nějak liší vnímání zdraví ze strany terapeutů a ze strany samotných klientů.

Na základě tohoto doladění jsem stanovila **4 hypotézy**, které se vztahují k věku, pohlaví a výsledkům v dotazníku postojů k psychoterapii i ve stupnicích posouzení zdraví;

dále ke korelaci mezi stupnicemi dotazníku postojů k psychoterapii a stupnicemi posouzení zdraví a k tomu, zda klienti ve výzkumném vzorku skórují v nejvyšší míře ve 3. fázi motivovanosti k psychoterapii, tedy ve fázi preparace. Zde jsem rovněž testovala, zda je vůbec dotazník schopen rozlišovat mezi navrženými třemi fázemi, a zda se tedy příslušnost do fáze preparace může odlišit od ostatních. Nakonec jsem testovala vnitřní konzistenci dotazníku postojů k psychoterapii pro odhad reliability. Zvláště jsem navrhla postup v motivačních rozhovorech, který vyplývá z kvalitativního rozboru výsledků dotazníku postojů k psychoterapii. Po vyřazení 4 klientů z objektivních důvodů jsem získala data od 49 klientů; částečně i s daty od 5. osob v pilotním předvýzkumu.

Co se týče zjištění, která jsem popsala již ve 4 kapitole Výsledky výzkumu motivace psychosomatických klientů k psychoterapii, musím vyzdvihnout především fakt, že **dotazník postojů k psychoterapii umožňuje měřit motivaci psychosomatických klientů k psychoterapii ještě před nástupem do nabízené psychoterapie**. Dotazník rozlišuje zejména mezi fází prekontemplace, která představuje určitou amotivaci (stav bez motivace) a fází preparace, která představuje autonomní motivaci (stav připravenosti k psychoterapii). Fáze kontemplace představuje již určitou kladnou motivaci, a proto se nutně částečně překrývá s fází preparace. Dokládají to jednak vypočtené interkorelace a také vztahové vzorce jednotlivých fází dotazníku postojů k psychoterapii.

Většina klientů 44 (ze vzorku 49) **se umístila v předpokládané fázi preparace**, protože již fakt, že do psychosomatického zařízení přišli, předpokládá určitou motivaci. Vztahy mezi věkem, pohlavím a výsledky v dotazníku postojů a stupnicemi posouzení zdraví většinou nebyly statisticky významné. Nicméně statistické vztahy přece jenom vykazují některé patrné tendence. Starší klienti se nacházejí více ve fázi kontemplace a preparace a jsou tedy pro psychoterapii více motivováni, než klienti mladší. Dále se ukázalo, že se starší klienti cítí více nemocní a jsou i tak hodnoceni. Co se týká pohlaví, ženy se oproti mužům nacházejí více ve fázi kontemplace a preparace a méně ve fázi prekontemplace. Z výsledků stupnic posouzení zdraví vyplývá, že se ženy cítí méně nemocné, než muži a ale jsou hodnoceny více jako nemocné, než muži. Korelace mezi dotazníkem postojů k psychoterapii a stupnicemi posouzení zdraví a interkorelace ukázaly několik faktů: kladná korelace mezi stupnicemi posouzení zdraví ze strany terapeuta a ze strany klienta potvrdila předpoklad měření stejného atributu, totiž vnímaného zdraví. Kladná korelace mezi fází kontemplace a preparace ukázala na fakt, že se jejich míry v dotazníku překrývají. Záporná korelace mezi

fází prekontemplace a preparace a fází prekontemplace a kontemplace ukázala, že se fáze prekontemplace proti fázím následujícím empiricky vymezuje. Částečná korelace však vyšla mezi fází preparace a posouzením vlastního zdraví v tom smyslu, že čím se klient vnímá více nemocný, tím je pro psychoterapii více motivován a naopak.

Zajímavý výsledek vyšel u porovnání výsledků mezi stupnicí posouzení vlastního zdraví a stupnicí posouzení zdraví pacienta. Byla zjištěna koeficientem determinace shoda na úrovni pouze 16% společného rozptylu. To je zajímavý výsledek, který dokládá vhodnost užívat při hodnocení zdraví obě stupnice. To dokládá předpoklady o nutnosti posuzování kvality života jedinců, tedy i zdraví, z objektivního i subjektivního hlediska.

Jako nejzajímavější pro práci s klienty však hodnotím kvalitativní rozbor dat v dotazníku postojů k psychoterapii, který jsem naznačila v podkapitole 4.4 Návrh motivačních rozhovorů. Znalosti vedení psychologického rozhovoru, postupů intervence, která se používá u psychosomatických klientů a v psychoterapii obecně; a především kreativita a rozvoj terapeutického vztahu s klientem v atmosféře důvěry jsou základem pro vedení motivačních rozhovorů s každým individuálním psychosomatickým klientem.

5.2 Diskuse

Praktické využití dotazníku postojů k psychoterapii vidím jednak v **možnosti měření motivace** psychosomatických klientů ještě před nástupem do nabízené psychoterapie. Větší přidanou hodnotu však vnímám v **možnosti individuální práce s každým klientem** podle kvalitativního rozboru výsledků dotazníku postojů k psychoterapii a ve **vedení motivačního rozhovoru** na základě těchto poznatků. Kromě práce v daných psychosomatických pracovištích, které již nějakým způsobem s klienty motivačně pracují, přibude další nástroj, který je schopen motivaci jak „diagnostikovat“, tak „léčit“. Diagnostikovat tím, že zjistím, ve které fázi motivace se klient nachází a léčit pomocí kvalitativního rozboru s následným motivačním rozhovorem. Vytvořením dotazníků postojů k psychoterapii jsem **ověřila možnost využití transteoretického modelu procesu změny v praxi**, kde zatím ověřen nebyl, tzn. u psychosomatických klientů a před nástupem do psychoterapie. Ke zkoumání motivace model využit již byl, ale v jiném kontextu a jiným způsobem.

Mnou vytvořený dotazník postojů k psychoterapii **zjevně měří motivaci** psychosomatických klientů k psychoterapii. Jde tedy o **obsahovou, zjevnou validitu** (URBÁNEK aj., 2011). Dále by se v delším časovém horizontu dal sledovat důkaz o validitě **empirické, prediktivní**, který ovšem mohou sledovat dále jen samotní terapeuti psychosomatických klientů. Ti klienti, kteří jsou ve fázi preparace, budou pro psychoterapii dobře motivováni a nejenom, že do nabízené psychoterapie nastoupí, ale budou v jejím průběhu dobře spolupracovat. Dotazník tak může, po ověření v praxi, předurčovat efekt psychoterapie a reakci psychosomatických klientů na intervence. Je zde také předpoklad toho, že psychoterapii takoví klienti dokončí. Co se týká **vnější validity** (populační, ekologické), bylo by nutné ověřit přenositelnost dotazníku na jinou populaci a situace na větším vzorku klientů a porovnat výsledky s kontrolní skupinou klientů např. somatických lékařů, kteří by nabídli psychoterapii svým psychosomatickým klientům. Tam by se mohlo ověřit, zda dotazník měří dobře i fázi prekontemplace a kontemplace.

Co se týká spolehlivosti, přesnosti měření, vnitřní soudržnosti stupnic (PK, K, P), tedy **reliability**, odkazují se v této souvislosti na **odhad reliability, vnitřní konzistenci testu**, ve smyslu korelací mezi jednotlivými položkami pomocí **Cronbachova koeficientu α** . Výsledek +0,667 u fáze prekontemplace prokazuje dobrou soudržnost položek a výsledek +0,545 u fáze preparace je také vyhovující. Co se týká konzistence položek u fáze kontemplace, došlo k zajímavému, dokonce zápornému výsledku -0,125, tedy až záporná reliabilita.⁵² Tento výsledek je způsoben určitou „paradoxností“ položek u fáze kontemplace, které vyjadřují váhání, a zároveň odpovědi klientů na tato tvrzení, které byly rovněž „váhavé“, resp. celkové součty se pohybovaly v rámci kontinua, od „rozhodně souhlasím“ až po „rozhodně nesouhlasím“, spíše někde mezi těmito krajnostmi. Při skórování 1 - 5 váhání odpovídá střed stupnice, což se ukazuje ve výsledku. Možná by v této souvislosti pomohlo jiné skórování položek v této fázi.

Pásma (PK, K, P)	Cronbachovo α
Prekontemplace	0,667
Kontemplace	-0,125
Preparace	0,545

Tabulka č. 10 - vnitřní soudržnost fází prekontemplace, kontemplace a preparace

⁵² Viz tabulka č. 10.

Dotazník postojů k psychoterapii **dává za pravdu holandskému výzkumu** (JOCHEMS, et al., 2012), ve kterém bylo potvrzeno, že transteoretický model procesu změny může být podkladem ke konstrukci dotazníku měřících motivaci stejně tak, jak je tomu u modelu integrálního a sebesterminálního.

Kriticky se mohou vyjádřit jednak k velikosti vzorku (pouze 49), tak k výběru, který nebyl náhodný. Vzhledem k nedostupnosti psychosomatických klientů však bylo obtížné postupovat jinak. Pro další výzkum bych doporučovala oslovit více psychosomatických klientů, zvláště těch, kteří jsou v somatické léčbě. To by znamenalo přístup k těmto klientům prostřednictvím např. obvodního lékaře, kožních či interních lékařů nebo oddělení léčby bolesti při nemocnicích. To by ovšem vyžadovalo nejlépe týmovou spolupráci více osob v takovém výzkumu a možné zvýšené náklady na čas. Další spornou oblastí může zůstat fáze kontemplanace v dotazníku postojů k psychoterapii, tedy vnitřní konzistence její škály a překryvy s fází preparace. Na ověření u více osob by bylo patrné, zda dotazník ve větší míře jasněji odlišuje i tuto fázi.

Pro další bádání bych doporučila také ověření, zda klienti, kteří jsou ve fázi preparace, do nabízené psychoterapie opravdu nastoupí a pokud ano, tak zda ji i dokončí. Pokud by takový klient psychoterapii nedokončil, bylo by vhodné zjišťovat důvody a také sledovat zda a za jak dlouho se do psychoterapie vrátí. To by ověřilo závěry tvůrců transteoretického modelu procesu změny, kteří předpokládají, že takový klient se může vrátit do psychoterapie na vyšší vývojové fázi, např. vstupem do fáze preparace či kontemplanace. Rovněž bych doporučila sledovat, zda intervence v motivačních rozhovorech opravdu působí tak, jak předpokládají autoři transteoretického modelu procesu změny a jak na takové rozhovory klient reaguje v podobě zpětné vazby. To by ověřilo předpoklad využití takových rozhovorů ve prospěch větší motivace (tedy postupu do další fáze) opět v souladu s transteoretickým modelem procesu změny. Toto je ovšem longitudinální bádání, které je schopno zajistit spíše samotné zařízení, prostřednictvím terapeutů, kteří s klienty pracují. Nakonec je možné do budoucna navrhnout také zkoumání vlivu osobnostního typu (A, B, C, D) psychosomatických klientů na výsledky v dotazníku postojů k psychoterapii a případně také ve stupnicích posouzení zdraví.

ZÁVĚR

Hlavním **cílem** korelačního výzkumu autorky diplomové práce bylo zjištění úrovně motivace psychosomatických klientů do nabízené psychoterapie pomocí dotazníku postojů k psychoterapii, který navazuje na transteoretický model procesu změny a na specifické motivační faktory psychosomatických klientů k psychoterapii. Výzkumný vzorek 49 klientů pěti odborných psychosomatických pracovišť byl vybrán dle kritéria diagnózy psychosomatického onemocnění na principu dostupnosti a dobrovolnosti.

V teoretické části práce se autorka diplomové práce zabývala tím, kdo je psychosomatický klient z pohledu psychodynamicko-konfliktního, psychofyziologicko-stresového a kognitivně-behaviorálního. Operacionálně definovala psychosomatického klienta jako klienta psychosomatického zařízení, který je jako psychosomaticky nemocný v tomto zařízení diagnostikován. Dále se autorka věnovala kvalitě života v kontextu s psychosomatickým onemocněním; prevenci či protektivním a osobnostním faktorům, které kvalitu života psychosomatických klientů ovlivňují. Mezi protektivní faktory, které ovlivňují kvalitu života, zdraví a průběh psychosomatického onemocnění, zařadila autorka vnitřní příčinné přisuzování a sebedeterminaci, zahrnuté v teoriích odolnosti a autonomní motivace. Autorka zdůraznila specifika motivace psychosomatických klientů, zejména primární a sekundární zisk z nemoci. Uvedla příklady často využívaných forem psychoterapie, se kterými se s psychosomatickými klienty pracuje, včetně konkrétních způsobů práce na psychosomatických pracovištích, která spolupracovala na výzkumu. Autorka uvedla některé příklady speciální diagnostiky, jako jsou odkrývání cyklického maladaptivního vztahového kruhu, strukturální analýza sociálního chování nebo operacionalizovaná psychodynamická diagnostika. Autorka se dále soustředila na teoretická východiska pro výzkum; na transteoretický model procesu změny s jeho prvními třemi fázemi: prekontemplací, kontemplací a preparací a blíže je popsala. Srovnávala transteoretický model procesu změny s modelem, vycházejícím ze sebedeterminační teorie, a modelem integrálním. Uvedla jako průnik teorií stav amotivace a autonomní motivace, který v transteoretickém modelu procesu změny reprezentují fáze prekontemplace a preparace.

Ve výzkumné části autorka předložila plán výzkumu, hypotézy, tvorbu a užití dotazníku postojů k psychoterapii, stupnice posouzení zdraví, výběr vzorku; získané výsledky a jejich vyhodnocení, analýzu a interpretaci, včetně příkladů motivačních rozhovorů. Potvrdil se předpoklad, že dotazník postojů k psychoterapii, zjišťující fázi vývoje motivace psychosomatického klienta k psychoterapii, umožňuje určit, ve které fázi motivace se klient nachází, a že je vhodným vodítkem pro motivační rozhovory s těmito klienty. To je doloženo na příkladech motivačních rozhovorů provedených se třemi klienty ze zkoumaného vzorku.

Autorka **statisticky testuje hypotézy**, které se týkají rozdílů výsledků podle věku a pohlaví, korelací mezi dotazníkem postojů k psychoterapii a dvěma stupnicemi posouzení zdraví a většinové příslušnosti psychosomatických klientů k fázi preparace. Z testování hypotéz vyplývá, že není statisticky průkazná závislost výsledků dotazníku postojů k psychoterapii i obou stupnic posouzení zdraví na věku či pohlaví psychosomatického klienta. Pouze u stupnice posouzení zdraví pacienta výsledek nasvědčuje tomu, že starší klienti a ženy jsou svými terapeuty vnímáni jako nemocnější, ač ve svém sebeposouzení v tomto ohledu statisticky průkazného rozdílu nedosahují. Testování hypotéz o rozdílech v individuálních skórech mezi třemi „fázovými“ stupnicemi dotazníku ukázalo, že skóry fáze prekontemplace záporně korelují se skóry příslušejícími následujícími dvěma fázím, a že fáze kontemplace a preparace se poněkud významově překrývají, protože obě měří kladnou motivovanost k psychoterapii. Dále korelační testování prokázalo, že jsou klienti motivováni k psychoterapii tím více, čím se vnímají jako nemocnější. Překvapivým výsledkem však byla jen částečná shoda výsledků mezi stupnicí posouzení zdraví pacienta a stupnicí posouzením vlastního zdraví.

Závěry učiněné na vzorku 49 klientů **je žádoucí ověřit a rozšířit** o více klientů, zejména těch, kteří navštěvují pouze somatického lékaře a psychoterapie je jim nabídnuta jeho prostřednictvím. Tito klienti se budou pravděpodobně nacházet ve větší míře ve fázi prekontemplace nebo kontemplace. **Autorka** pro další zkoumání **doporučuje** sledovat klienty, kteří jsou ve fázi preparace a následně do psychoterapie nastoupili, zda ji také dokončí. Doporučuje sledovat zpětnou vazbu v motivaci klientů k psychoterapii po intervenci motivačními rozhovory. Budoucí zkoumání s dalšími psychosomaticky nemocnými klienty mohou přispět k vytvoření standardizované formy dotazníku postojů k psychoterapii. Autorka rovněž navrhuje dále zkoumat závislost výsledků v dotazníku postojů k psychoterapii a případně stupnic posouzení zdraví na osobnostním typu psychosomatického klienta.

Dotazník postojů k psychoterapii může být přínosem pro obor psychosomatiky, kterému přináší efektivní diagnostický nástroj pro určení fáze motivace a rovněž nástroj pro motivační rozhovory, které se dají chápat jako předstupeň samotné psychoterapie. Dotazník postojů k psychoterapii se může zařadit vedle jiných osvědčených postupů práce s motivací klientů psychosomatických zařízení, jako jsou informace o psychoterapii, vstupní rozhovory, edukační semináře aj.

Seznam literatury

- AJZEN, I. a. FISHBEIN, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980. ISBN: 978-0139364358.
- ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and medicine*. 1993, 36(č.), 725-733. DOI: neuvedeno.
- AUGUSTINUS, A. *Vyznání*. Přel. Mikuláš LEVÝ. 5. vyd. Praha: Kalich, 2006. ISBN: 80-7017-027-1, EAN: 9788070171653.
- BALCAR, K. Děti s psychosomatickými poruchami. In: Josef LANGMEIER, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 362-389. ISBN 978-80-7367-710-7.
- BALCAR, K. Dotazník osobní příčinné orientace I: konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*. 1996, 40(1), 28-38. ISSN: neuvedeno.
- BALCAR, K. *K psychologii osobní příčinné orientace (habilitační přednáška před vědeckou radou)*. Ineditní text. Archiv K. Balcara. Praha: FF UK, 1993. Dostupný u autora.
- BALCAR, K. Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In: Pavel ŘÍČAN, Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 141-154. ISBN 978-80-247-1049-5.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977, 84(2), 191-215. DOI: 10.1037/0033-295X.84.2.191.
- BARTROP, R. W., LUCKHURST E., LAZARUS L., KILOH L. G., et al. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*. 1977, 1(8016), 834-836. DOI: neuvedeno.
- BECKER, P. *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band I., Theorien, Modelle, Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe, 1982. ISBN: 3801701859.

- BENECKE, C., BUCHHEIM, P., BURGMER, M., CIERPKA, M. aj., ed.
Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2. Přel. Roman
TELEROVSKÝ aj. Praha: Hogrefe, 2013. ISBN 978-80-86471-45-7.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. *Finding flow: the psychology of engagement with everyday life*.
New York: Basic Books, 1997. ISBN: 0-465-02411-4.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN: 80-
246-0139-7.
- DRIESCHNER K. H. a. LAMMERS S. M. M. Treatment motivation: an attempt for
clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*. 2004, 23(8), 1115-
1137. ISSN: 0272-7358. DOI: 10.1016/j.cpr.2003.09.003.
- FALEIDE, A. O., LIAN L. B. a FALEIDE, E. K. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá
psychosomatika*. Přel. Jaro KŘIVOHLAVÝ. Praha: Grada, 2010. ISBN 82-450-0127-
9.
- FRIEDMAN, M. a. ROSENMAN, R. H. *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
1974. ISBN: neuvedeno.
- GROSSARTH-MATICEK, R., EYSENCK, H. J. a. BARRETT, P. Prediction of cancer and
coronary heart disease as a function of method of questionnaire administration.
Psychological Reports. 1993, 73, 943-959. DOI: 10.2466/pr0.1993.73.3.943.
- HEIDER, F. *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley, 1958. ISBN:
neuvedeno.
- HERETIK, A., HERETIK A. jr. a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-
80-89322-00-8.
- HONOS - WEBB, L. a. STILES, W. B. Assimilative integration and responsive use of the
assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2002, 12(4), 406 - 420.
DOI: 10.1037//1053-0479.12.
- JANOUŠEK, J. a SLAMĚNÍK, I. Sociální motivace. In: Jozef VÝROST, Ivan SLAMĚNÍK,
ed. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 147 - 160. ISBN: 978-80247-
1428-8.

- JOCHEMS, E. C., MULDER, C. L., DAM A., DIVE H. J., et al. Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback to clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2012, 12(209), 1-17. DOI:10.1186/1471-244X-12-209.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN: 80-200-1307-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KÜHNLEIN, I. Psychotherapy as a process of transformation: analysis of post therapeutic autobiografhic narrations. *Psychotherapy research*. 1999, 3, 274-288. DOI: neuvedeno.
- MAREŠ, J. a JEŽEK, S. Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ. *Československá psychologie*. 2012, 56(6), 558-573. ISSN: 0009-062X.
- MILLER, W. R. a. ROLLNICK, S. *Motivational interview: preparing people to change addictive behavior*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1991. ISBN: 978-1572305632.
- MILLER, W. R. a. ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2012. ISBN: 978-1-60918-227-4.
- MILLER, W. R. a. ROLLNICK, S. What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 1995, 23(4), 325-334. DOI: 10.1017/S135246580001643X.
- MORSCHITZKY, H. a SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*. Přel. Petr BABKA. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
- MURPHY, R. F. *Umlčené tělo*. Přel. Jana Ogrocká. Praha: SLON, 2001. ISBN 80-85850-98-2.
- NORCROSS, J. C. An eclectic definitive of psychotherapy. In: ZEIG, J. K. a. MUNION, W. M., eds. *What is psychotherapy?* San Francisco: Jossey-Bass, 1990, 45-49. ISBN: 1555422837/ISBN-13: 9781555422837.
- PAYN, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

- PELLETIER, L. G., TUSON, K. M. a. HADDAD, N. K. Client motivation for therapy scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation and a motivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*. 1997, 68(č.), 414-435. DOI: 10.1207/s15327752jpa6802_11.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vyd. Praha/Kroměříž: Triton, 2004. ISBN: 80-7254-459-4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatické lékařství*. Praha: PVŠPS, 2010. ISBN: 978-80-904541-8-7.
- PONĚŠICKÝ, J. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha/Kroměříž: Triton, 2011. ISBN: 978-80-7387-518-3.
- PRAŠKO, J.; MOŽNÝ, P.; ŠLEPECKÝ, M. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. ISBN: 978-80-7254-865-1.
- PROCHASKA, J. O. a NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. 4. vyd. Přel. Jiří ŠTĚPO. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-766-4.
- PROCHASKA, J. O. a DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983, 51(3), 390-395. DOI:10.1037/0022-006X.51.3.390
- PROCHASKA, J. O. a DICLEMENTE, C. C. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL.: Dow Jones Irwin. 1984. ISBN: neuvedeno.
- PROCHASKA, J. O. a VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 1997, 12(č.), 38-48. DOI neuvedeno.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. a NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behavior. *American psychologist*. 1992, 47(č.), 1102-1114. DOI: 10.1037/0003-066X.47.9.1102.
- RAUDENSKÁ J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-2223-8.
- ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966, 80(č.), 1-28. DOI: neuvedeno.

- RYAN, R. M. a. DECI, E. L. A self-determination theory approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*. 2008, 49(3), 186-193. DOI: 10.1037/a0012753.
- SCHAEFERT, R., HAUSTEINER-WIHLE, C., HAUSER, W., RONEL, J., et al. Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Deutsches Arzteblatt International*. 2012, 109(47), 803-13. DOI: 10.3238/srztebl.2012.0803.
- SELIGMAN, M. E. P. *Learned Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman, 1975. ISBN: neuvedeno.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled sociální psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0929-1.
- SVĚTLÁK, M. a. KUKLETA, M. Application of transtheoretical model of behavior changes in the Czech population: A pilot study. *Homeostasis in Health and Disease*. 2003, 42(3-4), 163-164. DOI: 0960-7560.
- SVĚTLÁK, M., KONEČNÝ, Š. a KUKLETA, M. Kouření u adolescentů: ověřování metodiky a základních teoretických předpokladů transteoretického modelu. *Československá psychologie*. 2007, 51(1), 22-31. ISSN: neuvedeno.
- TIMUĽÁK, L. *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-707-0.
- TRESS, W., KRUSSE, J. a OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Přel. Lubor ŠPÍŠ. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
- URBÁNEK, T., DENGLEROVÁ, D. a ŠIRŮČEK, J. *Psychometrika. Měření v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-836-4.
- VRTBOVSKÁ, P. *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor*. Praha: Sdružení SCAN, 2009. ISBN: 80-86620-15-8.

Použité elektronické zdroje

O'RIORDAN, M. Heartwire from Medscape "Distressed"-Personality Heart-Disease Patients at Increased Risk of Future Events. *Medscape.com*. [online] © 14.09.2010 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/728496>.

RADWAN, M. F. A b c d personality types. *2knowmyself.com*. [online] © 2015 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.2knowmyself.com/a_b_c_d_personality_type.

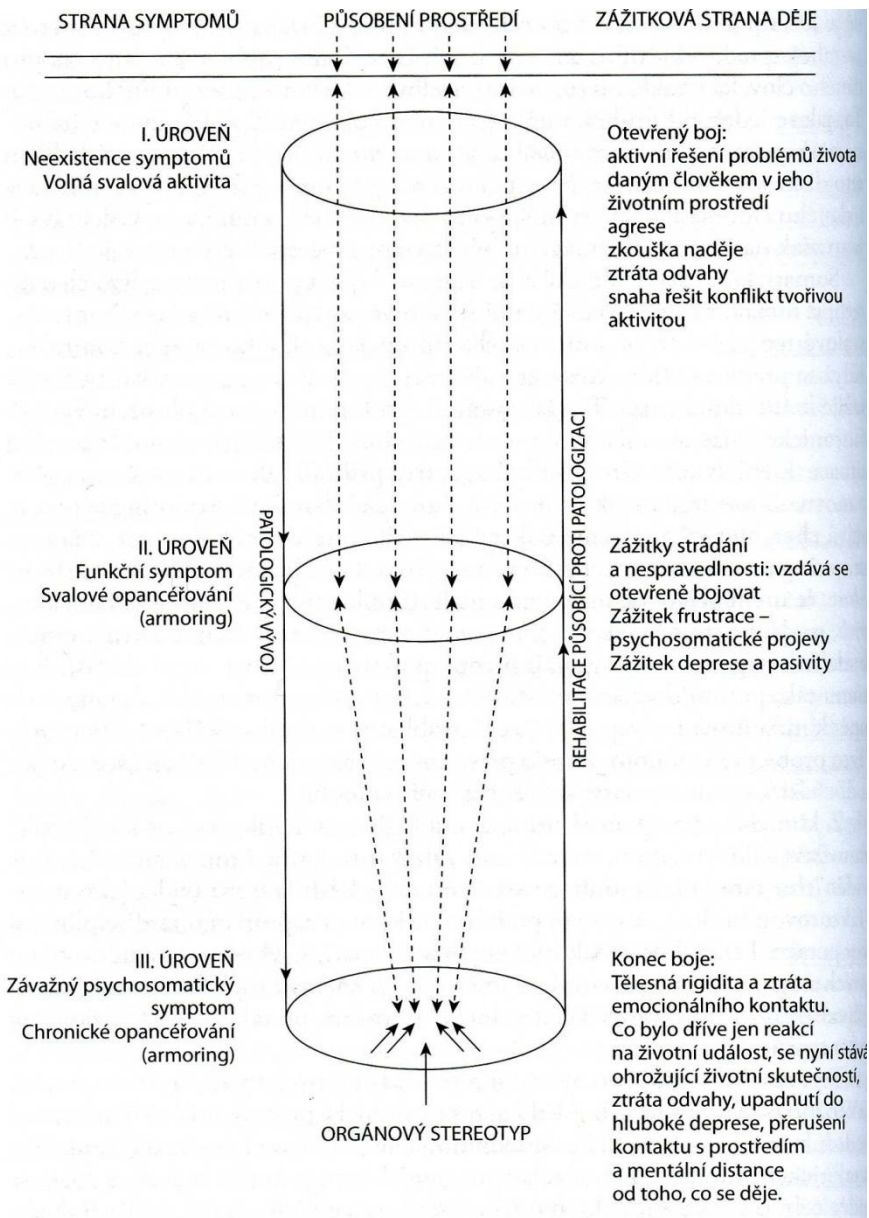
SDT Self-Determination Theory. *Selfdeterminationtheory.org*. [online] © 2015 [cit. 2015-01-30]. Dostupné z: <http://www.selfdeterminationtheory.org/>.

WHO Programme on mental health. WHOQOL. Measuring Quality of Life. *Who.int*. [online] © 1997 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

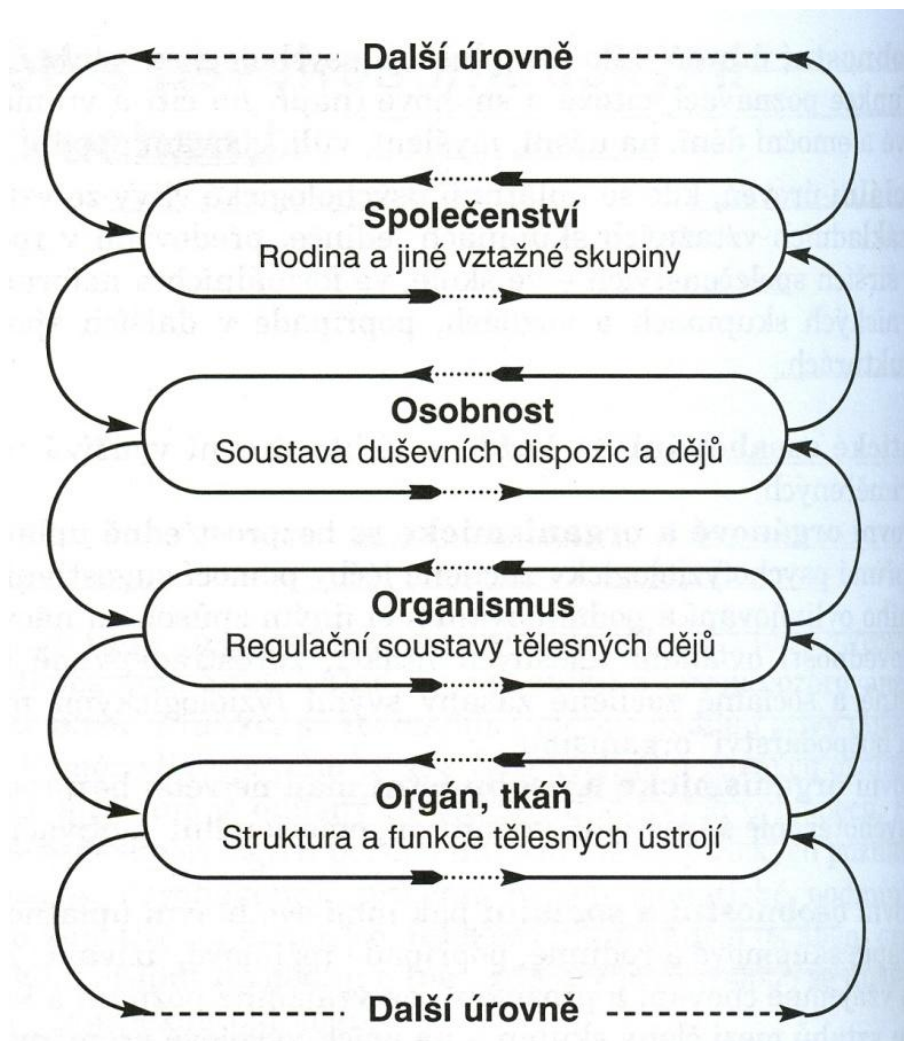
WHO WHO definition of Health. *Who.int*. [online] © 2003 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WITT, CH. The "C" Personality Type Conscientious, Correct, Careful. *Wittcom.com*. [online] © 2015 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.wittcom.com/DISC_C_personality.htm.

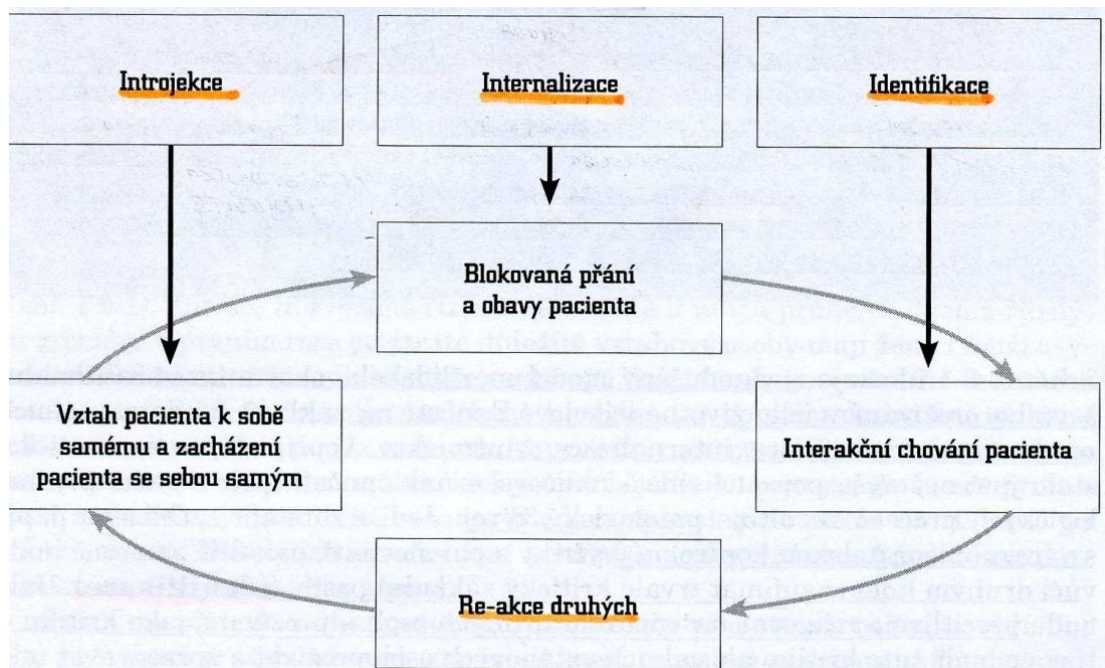
PŘÍLOHY



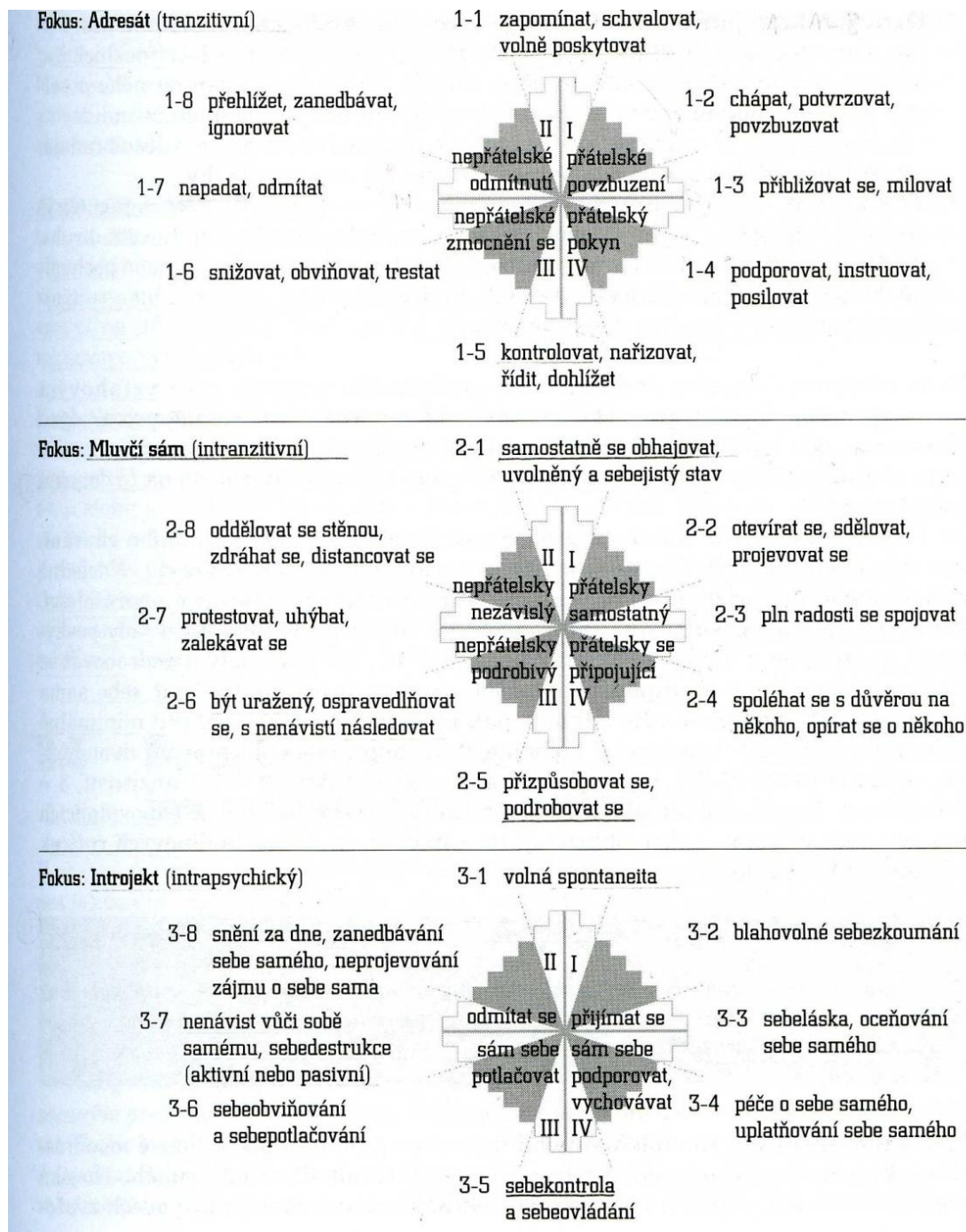
Příloha č. I - Charakteroanalytický model vývoje psychosomatického symptomu (FALEIDE aj., 2010, s. 66)



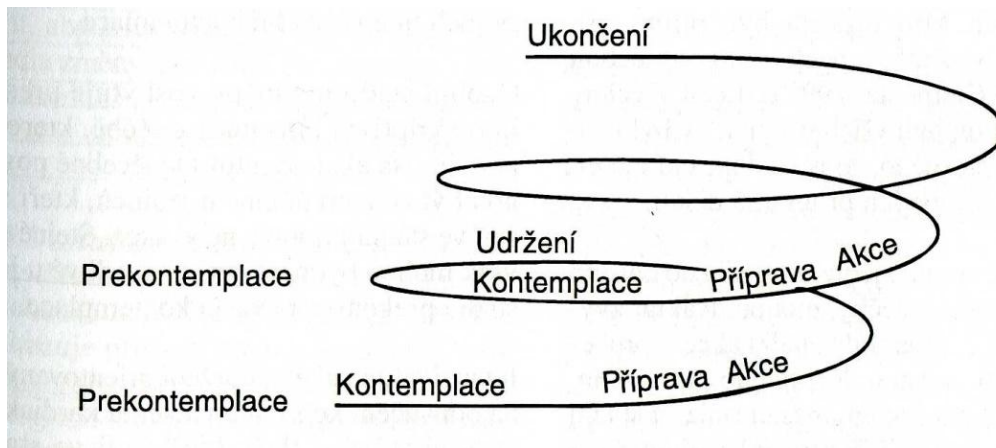
Příloha č. II - základní úrovně životních dějů v psychosomatickém přístupu
(BALCAR, 2010, s. 364)



Příloha č. III - Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh (TRESS aj., 2008, s. 46)



Příloha č. IV - Model strukturální analýzy sociálního chování (TRESS aj., 2008, s. 53)



Příloha č. V - Spirála změny (PROCHASKA a NORCROSS, 1999, s. 33)

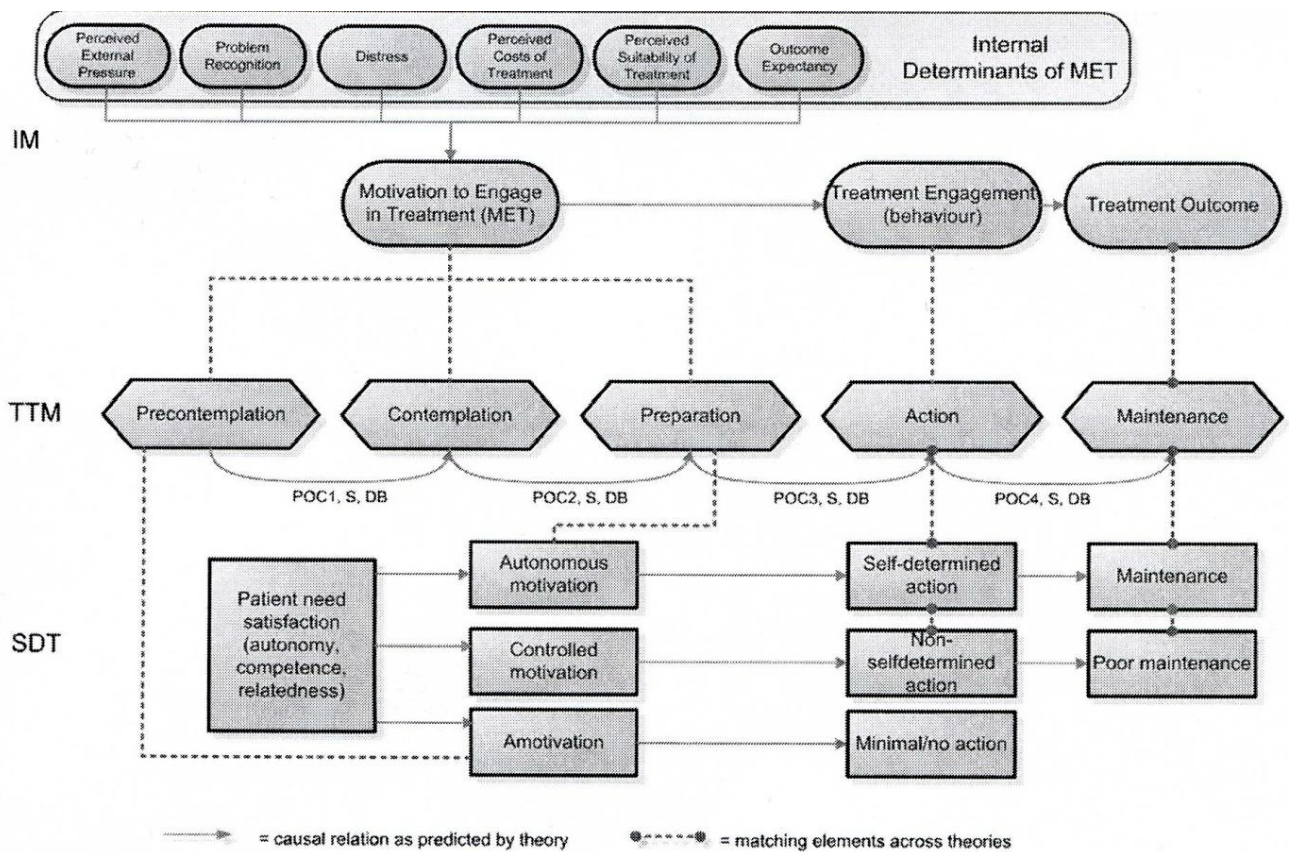


Figure 1 Visualization of the three motivation theories and their interrelations. **IM:** Integral Model; **TTM:** TransTheoretical Model; **POC1:** Processes of change (consciousness raising, dramatic relief); **POC2:** Processes of change (self-reevaluation); **POC3:** Processes of change (self-liberation); **POC4:** Processes of change (reinforcement management, helping relationships, counterconditioning, stimulus control); **S:** Self-efficacy; **DB:** Decisional Balance; **SDT:** Self Determination Theory.

Příloha č. VI - interakce mezi třemi teoriemi motivace (JOCHEMS, et al. 2012, s. 4)

REŠERŠE LITERATURY A VÝZKUMŮ / DOTAZNÍKŮ

ZKOUMÁNÍ EFEKTU PT

PROBLÉM VÝZKUM (540 KLIENTŮ)

INTERVIEW KLIENŮV ZMĚN - ELLIOTT

- MAT FORMULACE
- OSOBNÍ DOTAZNÍK

JAKÉ FAKTORY PODOBŮVY MOTIVACE?

MOTIVACE = UKAŽTE ÚSPĚŠNOSTI LE (SER. 82/111) KÁČEL A VPI (20)

OSOBNÍ SMĚRNICE

- VÍDEŇ, PT A VĚTŠÍM EFEKTU (KUNHALEROVÁ)
- SE ZEMODLI PRO PT Z VĚTŠÍM PACIENTŮ
- DE VÍACŮNÍ DEJČITNÍ VÝVOJŮVĚ NARŮŠENÍ (KUNHALEROVÁ STUDIE)

ZKOUMÁNÍ PROCESŮ ZMĚN JAK?

OSLOVIT: PINKA PROMASKU O TEST TIMULÁKA?

COUNSELING AND PSYCHOTHERAPY RESEARCH

PSYCHOTHERAPY RESEARCH

VÝZKUMŮV PROCESŮ

VÝZKUMŮV PROCESŮ

ZMĚNA A POSTOJ K NÍ ZÁKLAD VÝZKUMŮ!

DOTAZNÍK MÁVÍ ZMĚN

PROMASKA & VEKČERŠ + MC CONNAUGHT ZÁVAZEK KE ZMĚNĚ (4. ÚROVEŇ)

LIEKOVÁ ŠKALA

1-5
NIKOT VZDĚT...
NEJLST ZVÝŠENÍ TO NE/NEVÍ
NEJLST PRAVDA (14)
ČASTO

ŠKALA 1-7

VĚTŠÍ NEODPOVÍDÁ
ČAST. ODPOVÍDÁ
PĚKNĚ ODPOVÍDÁ

FÁZE: PŘE KONTERPLANCE KONTEMPLACE AKCE UDRŽENÍ

ŠKALA 1-6

SLABĚ NEODSOUM.
NEODSOUM.
ČÁSTIČNĚ NEODSOUM.
ČAST. SOUHL.
SOUHL.
SLABĚ SOUHL. (20)

ZKOUMÁNÍ OSTATNÍMŮ

ZKOUMÁNÍ:

- PERCIPOVÁNÍ PT KLIENŮV (KUNHALEROVÁ)
- KLIENTŮ
- DALŠÍ OBLASTI VÝZ. V PT

PSYCHOSOMAŤIKA

FÁZE: KONTAKTŮV, CÍLEŮV ZMĚN

UVĚDOMĚNÍ → (EXPERIENČNÍ) → VYHLEDÁNÍ → STAŽENÍ → SE ZEMODLIČOVÁNÍ

Příloha č. VII - rešerše literatury k výzkumům a dotazníkům



Příloha č. VIII - příprava k formulování otázek v dotazníku postojů k psychoterapii

Dotazník postojů k psychoterapii
Bc. Gabriela Javornická

Dotazník postojů k psychoterapii

Vážená paní/vážený pane,

děkuji Vám za Vaši účast v tomto **dotazníkovém šetření**, které probíhá jako součást diplomové práce, která má pomoci objasnit vztah mezi určitými postoji člověka a jeho motivací k psychoterapii. Výsledky šetření **mohou pomoci ve Vaší léčbě**; diplomová práce **pomůže osvětlit problematiku postojů a motivace k psychoterapii**; pomoci lékařům, terapeutům a dalším klientům. Vaše **účast** na tomto dotazníkovém šetření je **dobrovolná a vyplněním** tohoto dotazníku **dáváte svůj souhlas na tomto šetření**. **Osobní údaje** z dotazníku budou zpřístupněny **pouze lékařům a terapeutům**, kteří je mohou použít pro účely Vaší léčby. Výsledky jsou zpřístupněny rovněž **pro účely diplomové práce**, kde budou zpracovány anonymně v rámci hromadného zpracování výsledků celé skupiny dotazovaných.

Děkuji Vám za pomoc při výzkumu

Bc. Gabriela Javornická

studentka psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Prosím uveďte:

Jméno a příjmení:

Pohlaví: muž: žena: (označte křížkem)

Věk:






Zdravotní obtíže:

Datum:.....

Organizace:.....

Instrukce: dotazník obsahuje **24 výroků**, které vyjadřují **momentální postoj člověka ve vztahu k psychoterapii**. **Označte prosím křížkem** do rámečku u každého výroku tu **míru souhlasu s výrokem**, která nejlépe **odpovídá Vaší situaci (Vašemu způsobu uvažování)**. Ohodnoťte takto **všechny výroky**; při **dodatečné změně novou odpověď zakroužkujte**. Odpovídejte prosím spontánně a pravdivě.

Stupnice:

- | | | | |
|---|--------------------|---|----------------------|
|  | rozhodně souhlasím |  | spíš nesouhlasím |
|  | spíš souhlasím |  | rozhodně nesouhlasím |
|  | jsem nerozhodný | | |



VÝROKY:	Rozhodně souhlasím	Spíš souhlasím	Jsem nerozhodný	Spíš nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
1. Nemám žádné zdravotní obtíže, ve kterých by mi mohla pomoci psychoterapie; nic významného od psychoterapie neočekávám					
2. O psychoterapii toho moc nevím a ani mne nezajímá; psychoterapie není pro mne přitažlivá					
3. Váhám, zda pro mne psychoterapie nebude velkou zátěží (časovou, finanční, psychickou, dopravní apod.)					
4. Již jsem se rozhodl(a) pro konkrétní zařízení, popř. určitý druh psychoterapie, psychoterapeuta (když si mohu vybrat)					
5. Daří se mi překonávat překážky (psychické, časové, finanční, rodinné, dopravní apod.), které by mi bránily vstoupit do psychoterapie					
6. Doufám, že moje okolí (rodina, přátelé, kolegové v práci apod.) kladně ocení mé rozhodnutí jít do psychoterapie					
7. Doposud jsem o užitečnosti psychoterapie pro sebe nebyl(a) přesvědčen(a); nyní jsem ale rozhodnut(a) vstoupit do psychoterapie co nejdříve, jakmile to bude možné					
8. Přípravuji se na vstup do psychoterapie (konzultace s lékařem/psychoterapeutem, plán činností před vstupem do psychoterapie apod.)					
9. Druzí lidé (rodina, přátelé, kolegové z práce apod.) mne upozorňují, že bych měl(a) jít do psychoterapie; je to ale nesmysl - já jsem psychicky normální, mám jen tělesné potíže					
10. Když půjdu do psychoterapie, tak budu v očích ostatních jako někdo, kdo si neumí poradit se svými obtížemi sám(a)					
11. Těším se, až do psychoterapie nastoupím; očekávám pozitivní změny svého zdravotního stavu					
12. Uvažoval(a) jsem o souvislosti mezi mými tělesnými potížemi a mým duševním stavem; zdá se mi pravděpodobná					
13. Obávám se změn v mých vztazích v rámci rodiny (u přátel, v práci apod.), v důsledku psychoterapie					
14. Vážně zvažuji řešení mých zdravotních potíží pomocí psychoterapie					
15. Seznamuji se s různými druhy psychoterapie, které mi jsou nabízeny, a uvažuji, která bude pro mne nejlepší					
16. Cítím se lépe s lidmi (v rodině, mezi přáteli, v práci apod.), kteří můj vstup do psychoterapie podporují, než s těmi, kteří jsou k tomu skeptičtí					
17. V blízké budoucnosti (následujících 6 měsíců) neuvažuji o vstupu do psychoterapie					



VÝROKY:	Rozhodně souhlasím	Spiš souhlasím	Jsem nerozhodný	Spiš nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
18. Než do psychoterapie nastoupím, zkouším do svého života zavádět různé menší změny na doporučení lékaře nebo psychoterapeuta					
19. Již jsem zkoušel(a) zlepšit svůj zdravotní stav mnohokrát a bez velkého úspěchu; proč by mi měla pomoci zrovna psychoterapie?					
20. Váhám, zda mi psychoterapie pomůže zlepšit mé zdraví a žít tak kvalitnější život					
21. Pokládám za vhodné se o psychoterapii dozvědět něco více (z časopisů, knih, z rozhovorů s lékařem, psychoterapeutem, přáteli apod.)					
22. Nepatřím mezi ty, kteří své zdravotní obtíže řeší pomocí psychoterapie; nepatří to mého způsobu života					
23. Nechci do psychoterapie hned (do 1 měsíce), ale uvažuji o tom v horizontu 6-ti měsíců					
24. Nevidím žádnou souvislost mezi svými tělesnými obtížemi a psychickým stavem; mé životní zkušenosti ani prožitky nemají na můj tělesný stav vliv					

POSOUZENÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ (K. B.)

Chci Vás poprosit o stručné posouzení Vašeho celkového zdravotního stavu. Prosim, přečtěte si dále uvedené výroky a zakroužkujte číslo u toho, který nejlépe vystihuje Váš současný stav - tedy nikoli "jak se cítíte", ale spíše "jak na tom doopravdy jste" z hlediska svého zdraví; asi tak, jak by to ohodnotil lékař, který by měl možnost Vás důkladně objektivně vyšetřit.

1. Trpím velmi vážným tělesným nebo duševním onemocněním či postižením, které mi brání normálně žít a kde mohu očekávat pouze další zhoršování.
2. Mám výrazné tělesné nebo duševní potíže, které jsou dlouhodobé a s nimiž žiji a zřejmě budu žít i dále.
3. Mám výrazné tělesné nebo duševní potíže, které jsou pravděpodobně přechodné a je naděje na jejich zmírnění nebo uzdravení.
4. Mám určité tělesné nebo duševní potíže, které mi někdy ztěžují život, avšak nejde o nic mimořádného.
5. Jsem po tělesné i duševní stránce zdrav(a) a bez potíží.

Chcete-li k tomu, jak prožíváte svou současnou situaci, ještě něco dodat, můžete to povědět nebo napsat zde:

Děkuji!

POSOUZENÍ ZDRAVÍ PACIENTA (K. B.)

Prosím, uveďte stručnou identifikaci pacienta(-ky), jeho nebo její hlavní diagnózu či diagnózy a několika slovy vyjádřete jeho nejpravděpodobnější prognózu. Pak se pokuste přiřadit celkovou závažnost jeho (jejího) současného zdravotního stavu jednomu z dále uvedených hodnotících stupňů. Zakroužkujte číslo u toho popisu, který nejspíš odpovídá jeho (jejímu) objektivnímu stavu.

Iniciály pacienta: _____ **Věk:** _____ **roků** **Pohlaví:** muž žena

Hlavní diagnóza(-y): _____

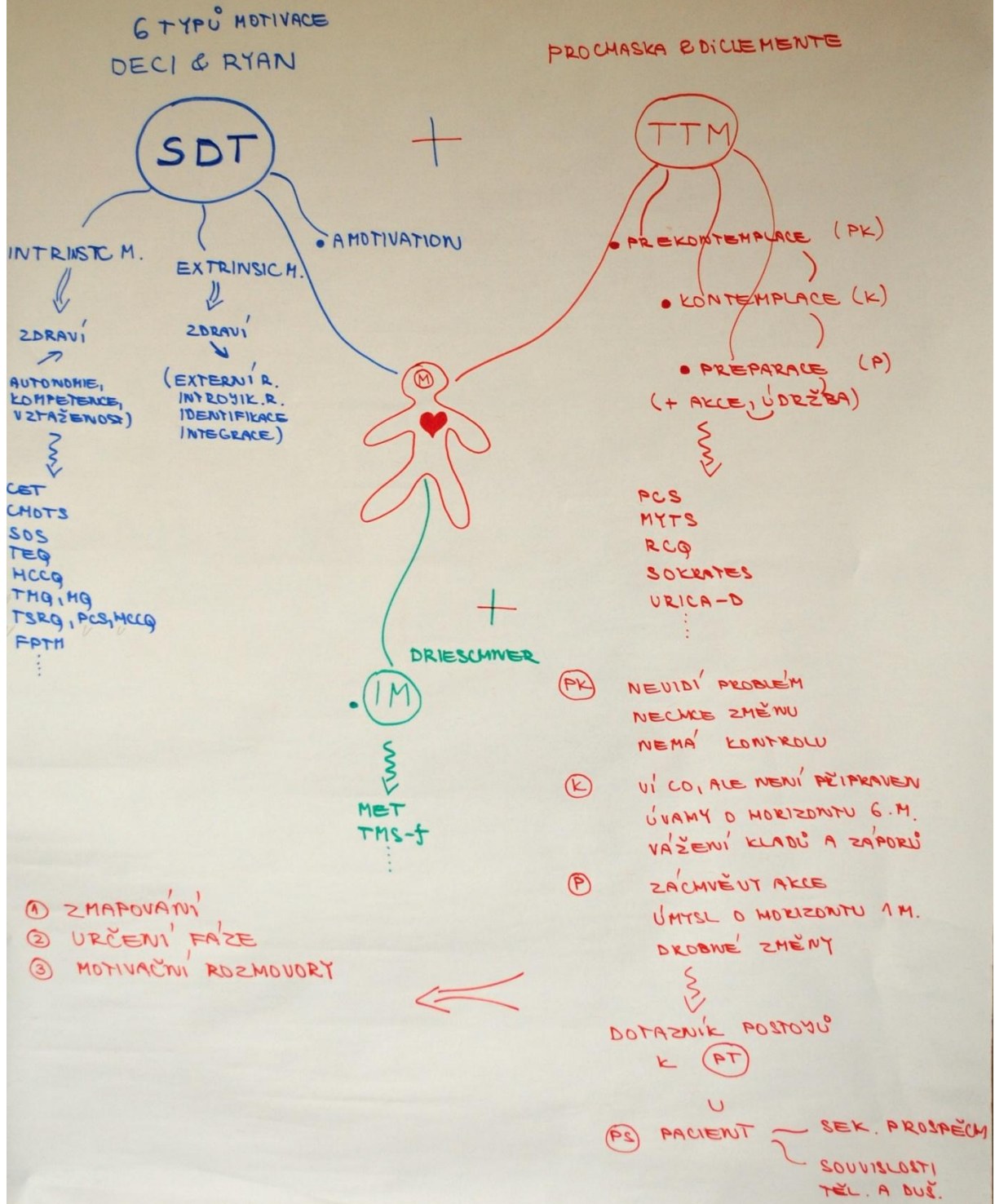
Pravděpodobná prognóza: _____

1. Trpí velmi vážným tělesným nebo duševním onemocněním či postižením, které mu brání normálně žít a kde může očekávat pouze další zhoršování.
2. Má výrazné tělesné nebo duševní potíže, které jsou dlouhodobé a s nimiž žije a zřejmě bude žít i dále.
3. Má výrazné tělesné nebo duševní potíže, které jsou pravděpodobně přechodné a je naděje na jejich zmírnění nebo uzdravení.
4. Má určité tělesné nebo duševní potíže, které mu někdy ztěžují život, avšak nejde o nic mimořádného.
5. Je po tělesné i duševní stránce zdrav(a) a bez potíží.

Dne _____ **posuzoval(a):** _____

Děkuji!

ZMAPOVÁNÍ MOTIVACE PSYCHOSOMATICKÝCH KLIENTŮ K PSYCHOTERAPII



Příloha č. XIV - flipcharterový papír s představou plánu výzkumu

ZAŘÍZENÍ	POŘADÍ	POHLAVÍ	VĚK	PK_1	PK_2	PK_9	PK_10	PK_17	PK_19	PK_22	PK_24	SUMA PK/8	K_3	K_6	K_12	K_13	K_14	K_20	K_21	K_23	SUMA K/8	P_4	P_5	P_7	P_8	P_11	P_15	P_16	P_18	SUMAP/8
Pilot	1	2	40	2	4	5	5	1	2	4	5	28	4	2	2	4	1	3	2	4	22	5	2	4	5	2	2	2	2	24
Pilot	2	2	45	5	1	2	5	5	5	5	1	29	2	2	1	5	1	1	2	2	16	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Pilot	3	1	31	2	4	2	4	3	3	4	4	26	3	2	2	5	3	2	1	3	21	3	3	5	3	3	4	2	1	24
Pilot	4	1	43	5	5	3	5	2	3	5	5	33	2	2	2	4	2	2	2	2	18	1	4	2	2	2	2	2	2	17
Pilot	5	2	47	4	4	5	4	4	4	4	4	33	3	2	2	4	3	2	2	2	20	5	2	2	5	2	4	2	4	26

Příloha č. XV - výsledky pilotního předvýzkumu

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Gabriela Javornická

Studijní program: magisterský, prezenční denní

Studijní obor: psychologie

Název práce: Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii

Počet stran (bez příloh): 85

Celkový počet stran příloh: 21

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 33

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Rok dokončení práce: 2015

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: 25. června 2015

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Gabriela Javornická**

Obor studia: **psychologie**

Název práce: **Motivace psychosomatických klientů k psychoterapii**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **85**

Počet stránek příloh: **21**

Počet titulů v seznamu literatury: **67**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	2			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Stručně představte Prochaskovo a spol. pojetí „transteoretického modelu procesu změny“ motivace k psychoterapii.
- 2) Vyložte, jak může k motivaci psychosomatického pacienta k psychoterapii přispívat, nebo jí bránit, jeho obecný postoj ke vnímání příčin událostí v životě v psychologických teoriích „příčinného přisuzování“.
- 3) Ilustrujte indikaci odlišných způsobů podpory motivovanosti konkrétních pacientů pro psychoterapii příklady kvalitativně odlišných výpovědí ve Vašem dotazníku.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomandka projevila při projektování i při realizaci své práce značnou samostatnost i schopnost konstruktivně reagovat na kritické připomínky. Záměr její studie je i v mezinárodním měřítku značně originální, zároveň přitom organicky navazuje na osvědčená teoretická východiska a výzkumné poznatky pro něj inspirující.

Po formální stránce je text diplomní práce dobře uspořádán ve volbě tematických celků i v jejich logické návaznosti. Pouze po písařské stránce nacházím v celém textu asi dvě desítky drobných nepřesností, které nijak neovlivňují jeho význam ani neztěžují porozumění.

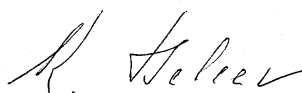
Obsahově je práce přínosná vytvořením původní dotazníkové metody k určení vývojové fáze motivovanosti konkrétního pacienta podle obecné teoretické konstrukce „transteoretického modelu procesu změny“ postojů k psychoterapii a jeho úspěšnou částečnou validizací v provedeném šetření u dospělých psychosomaticky nemocných. Kvantitativní ověřování univerzální validity dotazníkových údajů autorka doplňuje vodítky ke kvalitativní analýze odpovědí konkrétních pacientů a – což je další značně originální přínos této studie – vyvozování aktuálních potřeb k rozvíjení motivace k psychoterapii v metodě „motivačního rozhovoru“, diferencované na tomto základě pro pacienty v odlišných fázích vývoje motivovanosti k aktivní součinnosti s psychoterapeutem.

Plná validizace autorkou vytvořené metody vyžaduje rozšíření a větší diferenciaci zkoumaného souboru, avšak již na úrovni zde dosažených výsledků konstatuji, že cíle diplomní práce byly v plném rozsahu splněny.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis: **31. července 2015**



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Gabriela Javornická
 Obor studia: psychologie
 Název práce: Motivace psychosomatických studentů k psychoterapii
 Oponent práce: PhDr. Markéta Habermannová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 85

Počet stránek příloh: 21

Počet titulů v seznamu literatury: 67

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Autorka stručně a kriticky zhodnotí praktický přínos použitého dotazníku a jeho validitu tak, aby to přiblížila komisi.
- 2) V čem vidíte možná omezení dané studie?
- 3) Jaká je Vaše osobní motivace k volbě daného tématu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předložená studie splňuje požadavky diplomové práce.
Autorka přichází s podnětným a aktuálním tématem.
Teoretická část je velmi přehledně zpracována. Kapitoly jsou logicky uspořádány a plynule na sebe navazují. Zdařilé grafické uspořádání zlepšuje čtivost celé práce. Autorka prokazuje dobrou schopnost pracovat s českou i zahraniční odbornou literaturou.
Škoda jen drobných překlepů v textu a toho, že u internetových citace není uvedený přesný datum a čas.
Výzkumná studie je přehledná a srozumitelná, autorka jasně vymezuje cíle výzkumu, hypotézy, výzkumný vzorek i použité metody. Dokáže jasně interpretovat získaná data dokáže v přehlednou shrnout nejdůležitější poznatky. V diskusi jsou pak naznačena možná omezení dané studie i možnosti jejího dalšího rozpracování.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně



Datum, podpis: 5. září 2015

*
nehodící se, škrtněte