

Masarykova Univerzita v Brně
Lékařská fakulta

Vybrané kapitoly z psychologie motivace
Výkladové modely vzniku a změny lidského chování

Miroslav Světlák

Brno
2005

Obsah:

Úvod	1
1. Výkladové modely vzniku a změny lidského chování	4
1.1. Klasické podmiňování	4
1.2. Operantní podmiňování	7
1.2.1. Pozitivní zpevnění	7
1.2.2. Negativní posílení	9
1.2.3. Pozitivní oslabení	10
1.2.4. Negativní oslabení	11
1.3. Sociálně kognitivní teorie	12
1.3.1. Motivační procesy v kontextu sociálně kognitivní teorie	14
1.4. Názorový model zdraví	16
1.5. Teorie plánovaného chování	18
1.6. ASE model („Attitude Self Efficacy“)	20
1.7. Transteoretický model behaviorálních změn	21
1.7.2. Stádia změny	22
1.7.2.1. Prekontemplace	22
1.7.2.2. Kontemplace	24
1.7.2.3. Příprava	25
1.7.2.4. Akce	25
1.7.2.5. Udržení	26
1.7.2.6. Relaps	27
1.7.2.7. Distribuce osob v jednotlivých stádiích změny	29
1.7.3. Procesy změny	30
1.7.3.1. Zvyšování vědomí	31
1.7.3.2. Katarze/Dramatická úleva	31
1.7.3.2.1. Teorie kognitivní disonance	32
1.7.3.3. Sebepřehodnocení	33
1.7.3.4. Přehodnocení okolí	34
1.7.3.5. Sociální osvobození	34

1.7.3.6. Sebeosvobození	35
1.7.3.7. Protipodmiňování	36
1.7.3.8. Ovládání podnětů	37
1.7.3.9. Manipulace s následky	37
1.7.3.10. Pomáhající vztah	37
1.7.4. Integrace stádií a procesů	38
1.7.5. Úrovně změny	42
1.7.6. Efektivita změny chování při aplikaci modelů	43
1.8. Svépomocné metody	45
1.8.1. Sebemonitorování	45
1.8.2. Stanovení cíle	46
1.8.2.1. Pozitivní	47
1.8.2.2. Vlastní úloha	48
1.8.2.3. Specifičnost	48
1.8.2.4. Zdroje	48
1.8.2.5. Velikost	48
1.8.2.6. Ekologický rámec	49
1.8.3. Podněťová kontrola	50
1.8.4. Sebeposilování	51
1.8.5. Podpora sociální prostředí	52
1.8.6. Procvičování jednání – nácvik	52
Závěr	54
Použitá literatura	55
Doporučená literatura	58

Úvod

Každý student medicíny nebo psychologie ví, že vysvětlit lidské chování v celé jeho komplexnosti je nelehký úkol. Můžeme k němu přistupovat na mnoha úrovních pozorování, počínaje od jeho neurofyziologickými korelátů (např. EEG) až po psychosociální úroveň, tedy běžně pozorovatelné chování člověka ve společnosti. Dalo by se říci, že jsme všichni velkými odborníky na lidské chování, ale přesto je naše schopnost rozumět mu, předpovídat ho a kontrolovat, velmi omezená.

Obecně se odhaduje se, že nezdravý životní styl (rizikové chování) se podílí alespoň na 50% předčasné mortality. Kaplan a kol. (1993) k tomuto faktu poznamenává, že většina lidí naší generace podlehne onemocněním způsobených nezdravým životním stylem.

Epidemie civilizačních chorob je alarmující, a tak nezbyvá než souhlasit s výrokem Velicera (2000), když říká, že: *“Hlavní výzvou současné medicíny a veřejného zdraví je chování.”*

Dostáváme se do éry medicíny, kdy studium lidského chování a jeho motivace poskytuje cenné informace o vztahu chování a etiologie celé řady onemocnění, ale také přináší cenné poznatky, které lze využít při komplexní léčbě těchto onemocnění.

Studium chování a jeho vztahů ke zdraví a nemoci se zabývá obor aplikované psychologie tzv. psychologie zdraví, která si své místo v současné medicíně teprve hledá¹. Cílem těchto učebních textů není plané psychologizování a poučování o tom, co by se mělo a nemělo. Cílem je studentům poskytnout exkurz do vybraných kapitol psychologie motivace a výzkumu lidského chování a ukázat jim způsoby, jak lze o pohnutkách lidského jednání uvažovat a jak tyto poznatky použít i v běžné lékařské praxi při prevenci nebo léčbě onemocnění.

Předkládané informace jsou jen zlomkem znalostí, které v současné době integruje nově vzniklý lékařský obor, behaviorální medicína.

Kukleta s Bašteckým (1997) vymezují behaviorální medicínu následovně:

- 1) Behaviorální medicína je mezioborové pole a zabývá se integrací a výzkumem biomedicínského, psychosociálního a behaviorálního vědeckého poznání ve vztahu ke

¹ Rolf Schwarzer (1992) vymezuje psychologii zdraví jako speciální vědní disciplínu, která se zabývá „rolí psychologických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnání negativním zdravotních stavů (emocí), při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu údravy a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi“ (cit. Podle Křivohlavý, 2001).

zdraví (ve smyslu health promotion) a nemoci a aplikací těchto poznatků na diagnostiku, léčení, prevenci a rehabilitaci nemocí.

- 2) Její základní terapeutickou metodou je ovlivnění chování, a tím zpětné ovlivnění příznaků nemoci. V tom se zásadně liší od klasické psychosomatické medicíny založené na psychoanalytické teorii, kde základní léčebnou metodou je odhalení základního psychodynamického konfliktu založeného v ranném dětství, skrytém v hlubokém nevědomí a jeho odreagováním nemocným. Behaviorální medicína používá i dalších léčebných metod, včetně psychofarmakoterapie.
- 3) Oproti psychosomatické medicíně je její záběr širší, mj. se zabývá tzv. rizikovým chováním (tj. zdraví porušujícími návyky a chorobnými životními styly).
- 4) Klade daleko větší důraz na prevenci, zejména primární.
- 5) Má úzké vztahy na obor preventivního lékařství, který se začíná rozvíjet i u nás, a budovat zčásti na základech transformující se hygienicko epidemiologické služby.

Každodenní zkušeností internistů, neurologů, chirurgů a lékařů téměř všech klinických oborů je situace, kdy pacient pokračuje v rizikovém chování i přes skutečnost, že se tímto jeho život značně zkrátí, ztratí výrazně na své kvalitě nebo ztíží léčbu samotnou. Pacient se mnohdy dostává do situace, kdy radu lékařů ignoruje nebo se pokouší o změnu, na kterou však není dostatečně připraven a s pocitem viny a prohry se vrací ke starým vzorcům chování.

Bylo by iluzí myslet si, že se všichni lidé budeme chovat preventivně v souladu s poznatkem, které nám současná medicína přináší. Přesto si však jako odborníci můžeme osvojit určité znalosti a dovednosti, které budou při změně rizikového chování pomáhat nejen našim pacientům, ale i nám samotným.

Jistě už si někdo z vás položil jednu z následujících otázek:

- Proč lidé pravidelně necvičí, i když ví, že by to prospělo jejich zdraví?
- Proč lidé kouří i přes jasné důkazy o škodlivosti kouření?
- Proč někteří lidé nepoužívají bezpečnostní pásy?
- Proč někteří lidé nepoužívají cyklistickou helmu?
- Jak naučit děti, aby měli radši nízkotučnou stravu bohatou na ovoce a zeleninu?
- Proč tolik lidí nepoužívá prezervativy, i když si uvědomují, že se vystavují riziku AIDS.
- Proč pacienti nedodržují rady lékaře?
- Proč lidé pijí alkohol a zneužívají návykové látky?

- Dokážeme odhadnout, který kandidát na transplantaci srdce bude dodržovat pooperační nařízení?
- Proč lidé nechodí na preventivní prohlídky?

Nemyslím si, že po přečtení těchto textů budeme schopni následující otázky bezesbytku zodpovědět. Přesto však mohou být odrazovým můstkem pro další hledání odpovědí. Při čtení tohoto textu je nutné mít na paměti, že prezentovaná práce obsahuje jen modely lidského chování, za kterými je však třeba vždy vidět konkrétního člověka v celé své individualitě a jedinečnosti.

Naučený vzorec chování samozřejmě není neměnný a nedochází-li alespoň k občasnému spojení mezi podmíněným podnětem a podmíněnou odpovědí, postupně tento spoj vyhasíná.

Tento typ učení probíhá automaticky, bez vědomé a volní kontroly (Možný, Práško, 1999).

Klasické podmiňování stojí v pozadí vzniku velkého množství vzorců chování a návyků (habits), které jsou ve většině případů žádoucí, neboť vedou k automatismům, a tak uvolňují vědomí pro jiné činnosti. Jen si představte, že řídíte automobil a v každé chvíli musíte myslet na všechny úkony, které jsou pro řízení nezbytné. Přesto však, klasické podmiňování stojí v pozadí mnohých zdravotních problémů.

Naše chování je z velké části nevědomě spouštěno složitou sítí podnětů, které byly v průběhu našeho vývoje (v procesu učení) spojeny se vzorci našeho chování. K těmto procesům v pozadí se obvykle dostaneme až podrobnou analýzou chování. O jejich technikách se zmíníme později.

Pojďme se nyní zastavit u několika příkladů, které dokládají, jak se klasické podmiňování může spolupodílet na rozmanitých zdravotních potížích.

Kaplan, Sallis a Patterson (1993) popisují následující dvě kazuistiky.

Když byl Tomáš ještě malý, jeho matka se znovu vdala. Tomášův nevlastní otec na něho často křičel a někdy ho i uhodil. Součástí Tomášovy fyziologické stresové odpovědi bylo v této situaci nadměrné vylučování žaludeční kyseliny. Tedy ohrožení (nepodmíněný podnět) vyvolávalo vylučování žaludeční kyseliny (nepodmíněná odpověď). Po krátkém čase začalo Tomáše znepokojovat už i to, že je otec v jeho blízkosti. Žaludek ho po nějaké době začal bolet i tehdy, když na něj otec nekřičel. Pohled nebo blízkost otce se staly podmíněným podnětem, který reprezentoval ohrožení (vzpomeňte na zvoneček, který pro psy reprezentoval potravu).

Protože pocit strachu z otce u Tomáše přetrvával, postupně se přenesl i na jiné mužské autority (např. učitel), které se chovaly podobně jako otec. Jeho podmíněná reakce tedy přetrvávala i mimo domov. Ještě před tím, než Tomáš ukončil střední školu, byl u něj diagnostikován krvácející žaludeční vřed.

Tato kazuistika si samozřejmě neklade nárok na lineární vysvětlení vzniku žaludečního vředu. Víme o *Helicobacter pylori* a ostatních etiologických faktorech tohoto onemocnění. Tento případ však ukazuje, že klasické podmiňování může někdy sehrát

důležitou roli v etiologii onemocnění a že tradiční biomedicínký přístup k tomuto pacientovi by byl značně omezující. Typická léčba by totiž obnášela pouze farmakoterapii a dietní opatření. Kdyby se však nepřihlédlo i k sociálním a behaviorálním kořenům problému, léčba by byla nejspíše jen částečná a dočasná (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

Stejní autoři uvádějí i následující příběh.

Klára je dvacetiletá studentka vysoké školy, mající potíže se svou tělesnou váhou. Během dospívání dosáhla velké nadváhy, kterou však vzhledem k rodinné anamnéze nelze připsat genetickým faktorům. Její rodiče mají normální hmotnost a stejně tak Klára byla vždy hubené dítě.

V dětství se o Klárku většinu času starala babička. Ta trpěla velkými pocity viny, že v minulosti nevěnovala dostatek lásky Klářině mamince, proto vnučce věnovala mnoho pozornosti a péče. Aby měla Klára pocit, že je milované dítě, babička se s ní stále mazlila, hrála si s ní a připravovala jí různé sladkosti. Klárka byla u babičky velmi šťastná, nic jí nechybělo a babička ji přesvědčovala, jak je milé a krásné dítě. Když bylo Klárce 12 let, babička zemřela. O Kláru se začala starat její matka, která byla ovšem pracovníčně velmi vytížena, a tudíž s dcerkou netrávila mnoho času. Klára byla často sama doma a začala se cítit velmi opuštěná a osamělá. Zjistila, že se jí hned uleví, když si trošku zamlsá. Množství sladkostí, které jedla, se stále zvyšovalo. Nejvíce se její mlsání zhoršilo, když byla mimo domov na vysoké škole. Výsledkem byla stále větší nadváha.

V tomto případě byla náklonnost babičky nepodmíněným podnětem, který u Kláry vyvolával příjemné pocity bezpečí a lásky (nepodmíněná odpověď). Babička opakovaně spojovala svou lásku ke Kláře se sladkostmi, takže už samotné mlsání (podmíněný podnět) vyvolával u Kláry pocity bezpečí, jistoty a lásky (podmíněné odpovědi).

Tento případ mimo jiné demonstruje, že u dětí se klasické podmiňování velmi významně uplatňuje při vývoji jejich nutričních preferencí (Fraňková, 2003).

V této souvislosti uvedme ještě jeden příklad, a sice experiment, který provedli Birch, Zimmerman a Hind (1980). Během tohoto pokusu měly děti možnost vybrat si z rozličných druhů jídel. Tak se zjišťovalo, kterým pokrmům dávají děti přednost. Při hře byly pak některé z nich odměněny určitým jídlem a k tomu ještě pochváleny důležitou dospělou osobou (rodiče). Ukázalo se, že při další možnosti vybrat si některé z nabízených jídel, zvolily děti ten pokrm, který byl v minulosti spojen s pochvalou rodiče. Dokonce i mrkev, spojená s pochvalou, byla při druhé volbě dětmi preferována (cit. podle Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

1.2. Operantní podmiňování

Jedná se rovněž o základní druh učení, který je společný lidem i zvířatům. Výzkumu operantního podmiňování se věnoval především americký psycholog B. F. Skinner a jeho spolupracovníci.

Tento model vychází z předpokladu, že chování je regulováno následky, ke kterým vede. Jestliže jsou tyto následky pro člověka pozitivní (posilovače), chování se zpevňuje, tj. zvyšuje se pravděpodobnost, že se bude v budoucnu opakovat; jestliže jsou naopak následky negativní (tresty), chování se oslabuje - jeho výskyt klesá.

Které následky jsou pro člověka pozitivní a které negativní, je však třeba posuzovat v širším kontextu. Budeme jistě očekávat, že pohlavek je pro dítě negativním následkem jeho chování. Avšak v situaci, kdy je dítě rodiči zanedbáváno a trpí nedostatkem jejich pozornosti, může vnímat pohlavek jako následek pozitivní, neboť je projevem jejich zájmu. Dále je nutné si uvědomit, že u operantního podmiňování je kauzalita chování a následku pouze pravděpodobná.

Během učení se operantnímu podmiňování využíváme 4 techniky, viz tabulka 1.

	Následuje podnět	Podnět je odstraněn
Pravděpodobnost chování se zvýší	<i>Pozitivní zpevnění (odměna)</i>	<i>Negativní zpevnění (úleva)</i>
Pravděpodobnost chování se sníží	<i>Pozitivní oslabení (trest)</i>	<i>Negativní oslabení (zklamání, očekávání)</i>

Tabulka 1 Typy operantního podmiňování

1.2.1. Pozitivní zpevnění

Pozitivní zpevnění vypadá v klasickém experimentu tak, že potkan náhodně zmáčkne páčku, což způsobí, že se mu nasype do krmítka potrava. Zvíře si tak velmi rychle spojí zmáčknutí páčky (chování) s potravou (odměna). Stejné principy učení fungují i u člověka.

Ve skutečnosti je každé chování motivováno dvěma základními principy: docílit žádoucího cíle nebo vyhnout se negativním následkům.

Důležitou vlastností pozitivního zpevnění je, že bezprostředně navazuje na chování. Bez takové návaznosti je posílení neúčinné. Jen si představte, že chodíte do práce a nedostanete několikrát po sobě výplatu. Pravděpodobnost, že v takové práci zůstanete se rázem sníží.

Posílení může nabývat mnoha podob. Za primární posilovače považujeme biologické podněty jako je voda, vzduch, potrava, sexuální styk, ale i pocit jistoty, bezpečí, pohodlí, atd. Všechny ostatní posilovače lze nazvat jako podmíněné, neboť jsme se je naučili oceňovat. Velmi dobrým příkladem podmíněných posilovačů jsou peníze. Sociální posílení je také důležitým regulátorem mnoha činností. Často jsme motivováni jen tím, že nás za naše chování někdo pochválí.

Tyto posilovače mají velký vliv především na změnu rizikových vzorců chování. Často pochválíme někoho ve svém okolí za to, že zhubnul. Vzpomeňme na Halinu Pawlovskou, která snížila svou hmotnost o 20 kg a řádně se tím pochlubila v reklamě. Není snad nutné zmiňovat, co v tomto případě fungovalo jako posílení. Očekávám, že po přečtení těchto skript budete schopni odpovědět na otázku, proč Halina Pawlovská znovu 20 kg přibrala. Maminky chválí svoje děti, když jí pravidelně ovoce a zeleninu. Stomatolog odmění dítě obrázkem a rodiče pochválí za to, že chodí pravidelně na preventivní kontroly.

Pozitivní posílení je však dvojsečná zbraň a stejně jako posiluje žádoucí chování, může posílit i chování negativní. Jen vzpomeňme na problematiku závislostí a fakt, že droga funguje jako primární posilovač. Například kuřák se s každým potáhnutím z cigarety „odmění“ dávkou nikotinu. Látka se během několika vteřin dostane do patřičných částí mozku, které spouštějí pocity uvolnění, spontaneity a zlepšení kognitivních funkcí.

Na stejném principu funguje také tzv. sekundární zisk z nemoci. Jedná se o stav, kdy výhody plynoucí z nemoci (sociální dávky, pozornost okolí) upevňují u pacienta samotnou nemoc. Nebo si představme si manželský pár v rozvodovém řízení. Rodiče se hádají a málem zapomínají na své pětileté dítě, které jednoho dne rozbolí hlavička. Oba dospělí se přestanou hádat a začnou se zabývat potížemi dítěte. Logika je opět stejná: pozornost rodičů zde může fungovat jako posilovač příznaku.

Pozitivní posilování má mezi metodami změny chování jedinečné postavení v tom, že je schopné navodit nové druhy chování (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

Za takovou metodu považujeme tzv. **formování (shaping)**. Jde o postupné přibližování se k cílovému chování. Klasickým příkladem formování je vystoupení

cirkusových zvířat. Zvíře je postupně odměňováno za dílčí části chování, což dlouhodobě vede k osvojení si velmi složitých a mnohdy bizarních úkonů.

Metoda formování se dá pochopitelně uplatnit i člověka. Jen vzpomeňte, jak jste se učili psát. Nejprve vás maminka a paní učitelka chválila za to, že správně držíte tužku, později za napsané vlnovky a rovné čáry. Teprve potom přišlo na řadu psaní jednotlivých písmen a slov. Každá pochvala nebo hvězdička v notýsku byla v tomto případě posilovačem.

Stejně tak pozorujeme formování například u drogových závislostí. Mladší dítě v partě zažije uznání starších, když si poprvé potáhne s cigarety nebo se napije piva, později když vykouří svou první cigaretu nebo jointa marihuany.

Za formování lze považovat i pooperační rehabilitaci, kdy se pacient znovu učí chodit. Formování je pružným a účinným nástrojem psychologie zdraví (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

1.2.2. Negativní posílení

Negativní posílení nastane, jestliže chování vede k odstranění nepříjemného podnětu. Vezměme například skutečnost, že téměř 50% všech řidičů nepoužívá bezpečnostní pásy. Toto číslo se značně snížilo, když se do automobilů začalo instalovat signální zařízení, jehož nepříjemný zvuk se vypne až ve chvíli, kdy si řidič bezpečnostní pás zapne. Chování (zapnutí pásu) tedy vede k odstranění negativního podnětu (nepříjemný zvuk), a tím je posíleno.

Asi každý zná situaci, kdy ho kamarádi v hospodě přemlouvají, aby si dal nějaký alkohol i přes to, že nechce. Časem ho přeci jen přemluví. Napije se tedy (chování), jen aby se vyhnul věčnému pobízení přátel (negativní podnět).

Negativní posílení je velmi vážným důvodem, proč jsou drogové závislosti² tolik náročné na terapii. Přestanete-li totiž brát drogu, velmi brzy se objeví první známky abstinčních příznaků. Droga tak funguje nejen jako pozitivní posílení, ale také jako posílení negativní. Jinými slovy: nejen, že odmění narkomana svým pozitivním účinkem, ale ještě ho zachrání před negativním prožitkem abstinence³.

² Typickým znakem závislého chování je, že nutí člověka volit krátkodobé uspokojení, přesto, že ho v dlouhodobé perspektivě ohrožuje (Miller, Rollnick, 2003).

³ Závislé chování je složitý jev, který lze jen těžko vysvětlit na základě operativního podmiňování. Velmi podrobně o této problematice pojednávají ve svém článku Robinson, T.E., Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Research Reviews. 18, 247 – 291.

1.2.3. Pozitivní oslabení

Důležitou součástí pozitivního oslabení je trest. Trestem rozumíme negativní podnět jakožto důsledek nějakého chování. Musíme mít stále na paměti, že trest je třeba definovat svým účinkem na chování, a ne tím, že jej za trest považujeme (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993). Fyzický trest může například v rámci jistých sexuálních odchylek nabývat jiného významu, než jsme zvyklí mu přisuzovat.

Účinnost trestu závisí na tom, jak často a s jakým časovým odstupem následuje po nežádoucím chování. Obecně platí, že čím je časový odstup menší, tím je trest účinnější. To mimo jiné vysvětluje, proč opilcovy ranní kocoviny nevedou k zanechání pití. Negativní důsledky konzumace alkoholu se totiž dostaví příliš pozdě na to, aby mu pro příště zabránily znovu se napít.

Stejně tak klesá efektivita trestu, je-li aplikován nedůsledně a jen občas. Pravděpodobnost, že řidič začne dodržovat předepsanou rychlost po jedné pokutě, je minimální. Pokud by ale dostal pokutu po každém překročení rychlosti, nejspíše by začal silniční předpisy dodržovat daleko důsledněji.

Představme si obézního pacienta, kterému doporučíte dietu a v zápětí jej potkáte v nemocničním bufetu, jak baští čokoládový dort. Jakákoliv ironická poznámka z vaší strany je pro pacienta negativním podnětem, trestem a zároveň informací, že bude bezpečnější si dort sníst o samotě.

Nepravidelný trest obvykle chování nezmění, ale naučí nás, za jakých okolností se můžeme chovat nežádoucím způsobem. Dítě si pak bude hrát se sirkami jen o samotě a na zelenou budou někteří stát jen v přítomnosti policisty. Velkou nevýhodou trestu je to, že obvykle vyvolává celou řadu negativních emocí, jako smutek nebo zlost. Pacient s čokoládovým dortem v nemocničním bufetu bude na naši ironickou poznámku nejspíše reagovat hněvem („Je to moje věc, co jím“), depresivní odpovědí („Stydím se, když vidíte, jak nedodržuji vaši radu“), únikem („Nechci mít s vámi dokonalými lidmi nic společného) a popřením („Nemám žádnou potíž“). Tyto emoce nejsou příliš dobrým začátkem pro změnu chování. **Trest se tedy z hlediska změny lidského chování neukazuje jako efektivní metoda.**

Preferovanou metodou vedoucí ke snížení výskytu určitého nežádoucího chování je proto pozitivní posílení alternativního jednání, které je s původním chováním neslučitelné (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

1.2.4. Negativní oslabení

Negativním oslabením máme na mysli takové chování, které nevede k žádné odměně. Tohoto způsobu učení se velmi často využívá v psychologii zdraví při rehabilitaci pacientů trpících chronickými bolestmi. Členové rodiny mohou často svou péčí u chronicky nemocného posilovat jeho bezmocnost. Terapeutický přístup založený na negativním oslabení by vypadal tak, že poučíme členy rodiny, aby neadekvátní žádosti nemocného ignorovali. Postupem času dojde u pacienta k postupnému vyhasínání těchto žádostí a stane se samostatnějším. Velmi často lze pozorovat jev, kdy pacient, který už se stal ve své nemoci samostatným, znovu požádá o pomoc. Tento jev se nazývá **spontánní obnovení**. Jestliže se tato žádost o pomoc neposílí, velmi rychle opět vyhasíná (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

Na závěr kapitoly o operantním podmiňování je nutno zmínit ještě jeden pojem, a tím je **podnětová kontrola chování**. Tvrzení, že chování je ovlivňováno výhradně následky, které z něj plynou, není totiž úplné. Naše jednání je značně ovlivněno také výchozími podmínkami. Ty bereme v úvahu, když zvažujeme, zda je uspokojení z určitého chování dosažitelné nebo ne. Mladistvý kuřák, jehož rodiče nevědí o jeho návyku, si před nimi nezapálí, neboť rodiče (v tomto případě výchozí podmínky) jsou signálem trestu (pozitivní oslabení).

Výchozí podmínky mohou dokonce zvýšit pravděpodobnost výskytu určitého chování, bez ohledu na jeho následky. Představme si člověka, který se rozhodne hubnout. Jeho šance se zvýší, umístí-li do svého okolí podněty, které mu budou jeho cíl připomínat. Na lednici si nalepí fotografii, na které byl ještě hubený. Do svého mobilního telefonu si dá pravidelnou připomínku, že je na cestě ke štíhlosti atd.

Taková úprava prostředí je samozřejmě žádoucí, ale není tak efektivní, jako kontrola důsledků chování (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

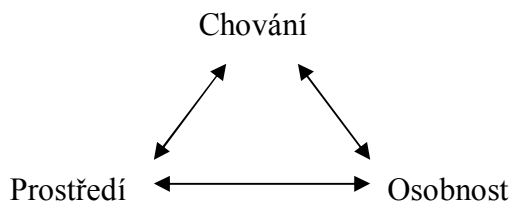
1.3. Sociálně kognitivní teorie

Sociálně kognitivní teorie je výsledkem dlouholeté práce amerického psychologa Alberta Bandury. Bandura si uvědomil, že výše zmíněné teorie popisují jen určitý aspekt lidského chování, ale nepostihují jej v celé jeho komplexnosti.

Jak klasické tak operantní podmiňování totiž popisuje chování jen jako reakci na vnější podněty, tedy obě teorie vycházejí z předpokladu, že prostředí ovlivňuje chování člověka. Bandura byl přesvědčený, že taková formulace zanedbává zřejmou skutečnost, že zvířata, ale hlavně lidé mohou zpětně ovlivňovat svoje prostředí.

Představme si třeba situaci, kdy vám spolubydlící vynadá, že po sobě necháváte strašný nepořádek v kuchyni. Vaše reakce může být taková, že po sobě začnete uklízet, což je příklad negativního posílení: uklidíte, abyste se vyhnuli konfliktu se spolubydlícím. Stejně tak ale můžete spolubydlícímu připomenout, že on nechává stejný nepořádek v koupelně a že začnete uklízet až po něm. V tomto případě ovlivníte své sociální prostředí.

Bandura tento princip nazývá **recipročním determinismem**. Vysvětleme si to na následujícím obrázku.



V Bandurově modelu může mít kterýkoli z těchto tří faktorů kauzální vliv na ostatní dva. Např. přesvědčení člověka (osobnost) o tom, co všechno je schopný udělat a jaké důsledky bude mít, když to udělá, posléze ovlivní i jeho chování. Toto chování bude mít vliv na prostředí, ve kterém člověk žije a prostředí může zase zpětně ovlivnit očekávání člověka (osobnost) (Hall, Lindzey, 2002).

Představme si, že se někdo rozhodne snížit svou hmotnost. Tentokrát už je přesvědčený, že to skutečně dokáže. Stanoví si tedy den, kdy s hubnutím začne, naplánuje si pravidelnou návštěvu fit centra, bude nakupovat potraviny se sníženým obsahem tuku, atd. Faktory na úrovni osobnosti povedou ke změně chování, a to zase vyvolává změny prostředí, tedy pozitivní nebo negativní reakce okolí, které mohou zpětně ovlivnit samotné chování

hubnoucího. Pochvala blízkých může ještě více motivovat a upevnit odhodlání změnit svůj životní styl, zatímco posměch zde může vést k rezignaci a zanechání pokusu zhubnout.

Jiným příkladem recipročního determinismu je jednání při sledování televize. Potenciální televizní prostředí, jak říká Bandura, je pro každého stejné, ale individuální televizní prostředí je definováno tím, co se daný člověk rozhodne sledovat. Divácké preference tak částečně ovlivňují budoucí televizní prostředí. Produkční náklady a ekonomické možnosti však také spoluurčují, co se bude vysílat: televizní prostředí tak zohledňuje divácké preference jen částečně. Lze tedy společně s Bandurou konstatovat, že všechny tři faktory – divácké preference, divácké jednání a televizní nabídka – na sebe recipročně působí (Bandura, 1968, cit. podle Hall, Lindzey, 2002).

Koncepce recipročního determinismu je v Bandurově teorii sociálního učení jednou ze základních myšlenek. Pro nás je velmi důležitá z toho důvodu, že nám poskytne základní kritérium pro analýzu psychosociálních jevů na různých úrovních komplexnosti.

Dalším důležitým nedostatkem teorií klasického a operantního podmiňování je to, že neberou v úvahu kognitivní procesy subjektu. Podle těchto teorií učení jsou tudíž znalosti nebo myšlenky jen výsledkem posilování. Bandura však prokázal, že se lidé mohou učit a také měnit své chování bez toho, aby bylo toto chování posíleno. Za zmínku stojí slavný Bandurův experiment s panenkou Bobo. Děti sledovaly z videozáznamu scénu, kde si jiné děti velmi agresivně hrály s panenkou. Následné pozorování ukázalo, že děti, které měly možnost pozorovat videozáznam, se pak při vlastní hře chovaly k panence ale i k ostatním dětem daleko agresivněji, než děti, které videozáznam neviděly. Tato a řada jiných studií ukazují, že **učení se novému chování nevyžaduje ani posílení, ani procvičování, i když je pravda, že jej tyto okolnosti usnadňují** (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993). Pravděpodobnost, že dítě začne kouřit, je daleko vyšší v rodinách, kde oba rodiče kouří, než v rodinách nekuřáků.

1.3.1. Motivační procesy v kontextu sociálně kognitivní teorie

Zde nás může napadnout důležitá otázka. Co lidi dle Bandury motivuje k určitému chování? Hall a Lindzey (2002) popisují zajímavou kazuistiku, která nám velmi ilustrativně doloží, jak Bandura chápal motivaci člověka ke změně chování.

Když byl pan X propuštěn z nemocnice, bylo mu sděleno, že srdeční infarkt mu zanechal trvalé poškození srdce a že by se měl jen velmi pomalu vracet ke svým běžným aktivitám – k práci, sportu, společenským událostem, sexuálním aktivitám se svou manželkou, atd. Pan X. se však velmi obával o své zdraví a většinu času trávil doma. Byl stále unavený a obával se, že jakékoliv zrychlení srdeční činnosti je signálem dalšího, tentokrát už smrtelného infarktu.

Lékař panu X i jeho ženě vysvětlil, že fyziologická rekonvalescence poškozeného srdce je obvykle rychlejší než ta psychologická. Lékař poznal, že pan X nevěří své tělesné zdatnosti, a to i přes to, že už je fyziologicky schopen vrátit se k normálnímu životu.

Při běžné kontrole o několik týdnů později pan X už lékaři sděloval, jakého skóre dosáhl v golfu, jak už mu to zase jde v práci i doma, a že jeho společenský i sexuální život se vrátil do normálních kolejí. Co způsobilo tuto dramatickou změnu v životě pana X?

Pan X se léčil u psychologa, který použil několik technik sociálního učení, jež nakonec přiměly pana X, aby opět začal věřit ve vlastní zdatnost a schopnost vypořádat se s následky infarktu. Psycholog umožnil panu X změnit jeho **očekávání účinku (efficacy expectations)** tím, že jej vystavil čtyřem druhům přesvědčení, což vedlo ke zvýšení pocitu **sebeúčinnosti (self-efficacy)**.

Pan X usilovně běhal na běžeckém trenažéru (**zážitek výkonu**), mluvil s bývalými pacienty, kteří také prodělali infarkt a vrátili se k normálnímu způsobu života (**zástupný zážitek**), mluvil se svým lékařem a fyzioterapeutem, kteří mu podali pravdivé informace o jeho zdravotním stavu a povzbudili ho k větší aktivitě (**zážitek přesvědčování**).

Dále se pan X naučil, jak vnímat a interpretovat určité tělesné příznaky, aby pro něj přestaly být hrozbou. Naučil se tedy rozlišovat únavu, stres a vyčerpanost od příznaků infarktu (**zážitek fyziologických informací**).

Dva kognitivní procesy, které mají podle Bandury (1977) vliv na lidské jednání, jsou **očekávání účinku a očekávání vlastní sebeúčinnosti**.

Očekávání účinnosti (efficacy expectations) je vaše přesvědčení, že pokud se budete chovat určitým způsobem, dosáhnete nějakého účinku. Jestliže se domníváte, že užívání určitého léku proti bolesti bude mít za následek její zmírnění, nebo že cvičení vám pomůže snížit hmotnost, potom jde o očekávání vysoké účinnosti,

Očekávání vlastní účinnosti (self-efficacy) je vaše přesvědčení, že dané jednání jste schopní nebo kompetentní uskutečnit. Můžete mít vysoké očekávání účinnosti, protože víte, že lék zabere proti bolesti, ale nízké očekávání vlastní účinnosti, jestliže jde třeba o velkou tabletku, která se vám bude špatně polykat.

Očekávání vlastní účinnosti se mění podle situace. Kuřák, který se snaží přestat kouřit, může mít vysokou sebedůvěru (sebeúčinnost), že nebude kouřit doma v přítomnosti svých dětí, ale velmi nízkou sebedůvěru, že nebude kouřit o polední pauze se svými kolegy v práci. Z toho vyplývá, že míru sebeúčinnosti je nutné u každého člověka zjišťovat vždy pro konkrétní jednání v konkrétní situaci.

Condiotte a Lichtenstein (1981) žádali kuřáky, kteří právě ukončili program na odvykání kouření, aby jim řekli, jak dlouho si myslí, že vydrží bez kouření, a jaké situace budou dle jejich názoru největším pokušením znovu začít kouřit. Posouzení vlastní sebeúčinnosti předpovědělo nejen to, jak dlouho vydrží kuřáci bez kouření ale i to, ve kterých situacích se ke kouření znovu vrátí. Potvrdilo se tedy, že míra sebeúčinnosti je velmi dobrým prediktorem budoucího chování (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

Bandura tvrdí, že očekávání vlastní účinnosti má v jednání člověka centrální úlohu a je takovým druhem osobního poznatku, který je nejtěsněji spjat s osobním jednáním (Bandura, 1986). Později si ukážeme, jak je důležité mít tuto koncepci na mysli při vedení krátkého rozhovoru s pacientem, po němž požadujeme, aby plnil naše doporučení.

1.4. Názorový model zdraví

Názorový model zdraví byl vyvinut v roce 1966 Rosenstockem, který se s jeho pomocí pokoušel vysvětlit preventivní jednání pacientů. Je zaměřen zejména na kongnitivní složku jednání a dodnes se velmi často využívá k objasnění chování, které lidé uplatňují v souvislosti se svým zdravím. Existují čtyři hlavní druhy názorů, které ovlivňují míru pravděpodobnosti, že se člověk bude chovat tak, aby snížil riziko nákazy některou chorobou (schéma 1).

Vnímaná náchylnost k chorobě se vztahuje k subjektivnímu odhadu pravděpodobnosti, že onemocní tou kterou chorobou. Např. jedním z hlavních cílů kampaně v boji proti AIDS je přesvědčit lidi, že jsou touto nemocí vážně ohroženi, a tím je motivovat k jednání, které sníží pravděpodobnost jejich onemocnění.

Vnímaná závažnost onemocnění může, ale nemusí znamenat skutečnou závažnost choroby.

Vnímání náchylnosti a závažnosti onemocnění se vzájemně kombinují a vytvářejí tak celkovou představu o nebezpečí onemocnění. Jestliže mám dispozice k závažné chorobě, jako je např. rakovina, jsem více motivovaný něco proti tomu dělat, protože je ohrožení vysoké. Jestliže mám dojem, že mě ohrožuje méně vážné onemocnění, jakým je například chřipka, nebudu podnikat nejspíš nic, protože riziko vnímám jako minimální.

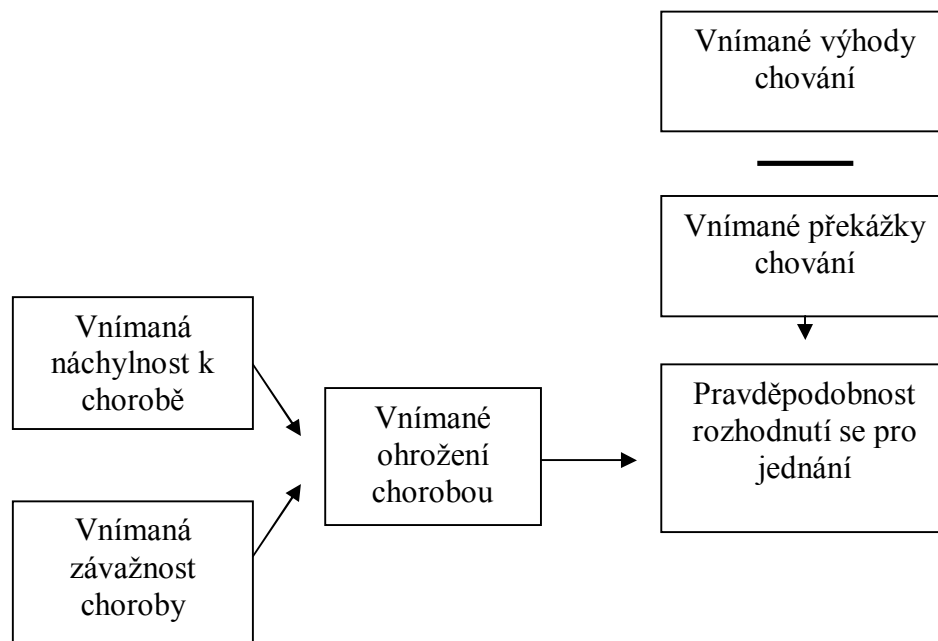


Schéma 1 Názorový model zdraví

Vnímané výhody jednání jsou výhody, které plynou z určitého chování. Člověk vždy posuzuje, zda-li toto chování skutečně zdraví prospěje. Jednání jako třeba požití léku proti bolesti, je jistě výhodné, protože lék působí okamžitě. Naproti tomu zvýšená konzumace potravin s vyšším obsahem vlákniny jako prevence rakoviny tlustého střeva už se tak výhodná nezdá, neboť její efekt není z krátkodobého hlediska pozorovatelný. Proto také kuřáci svůj kuřácký návyk nepovažují za zdraví ohrožující, neboť je negativní dopad kouření záležitostí „daleké“ budoucnosti.

Bystrý student si už jistě všiml, že vnímané výhody jsou velmi podobné Bandurovu pojmu očekávání účinnosti.

Důležité je rovněž to, jak člověk posuzuje překážky, které by mohly jeho žádoucím chování zabránit. **Vnímání překážek** má totiž také zpravidla vliv na chování jedince. Pacienti obvykle vědí, co by bylo správné, ale existuje spousta důvodů, proč to nedělají. Chtít po zaneprázdněném managerovi, aby denně hodinu relaxoval, se asi mine účinkem, protože on vždy namítne, že nemá čas. Jinou překážkou může být skutečnost, že nejsou možnosti dané chování uplatnit. Obézní maminka z vesnice by ráda začala navštěvovat fit centrum, ale bohužel v místě jejího bydliště takové zařízení není a dojíždět nemůže, protože nemá hlídání pro své děti.

Analýza **vnímaných výhod a překážek** pro nás může být cenou informací o chování a záměrech pacienta. Později si ukážeme, jak takové posuzování pro a proti vypadá, ovšem už v souvislosti s jiným modelem.

Vnímání výhod má pro chování pacienta rovněž značný význam. Například diabetik, jehož život závisí na pravidelné injekci inzulínu, si ji bude pravidelně píchat i přesto, že jde o nepříjemný zákrok. Naproti tomu pravidelnou dávku vitamínů si pacient nejspíše intravenózně aplikovat nebude, protože její efekt není zřejmý.

Ze schématu je tedy patrné, že vnímané nebezpečí choroby se kombinuje s balancováním mezi výhodami a překážkami.

K nejpravděpodobnějšímu jednání dochází tehdy, když vnímané ohrožení chorobou je nejvyšší a výhody jednání převažují nad překážkami.

Model byl velmi dobře experimentálně ověřen. Jestliže je aplikován na chování, pro něž byl původně vytvořen, tedy prevence (např. očkování), výsledky potvrzují jeho opodstatněnost. Je-li však model aplikován na komplexnější chování, např. kouření, pravidelné cvičení nebo léčba obezity, výsledky tento názorový model zdraví nepotvrzují (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

Výzkum také ukazuje, že vědomí závažnosti chorob spojených s kouřením, nepredikuje, který adolescent začne kouřit a který ne. Intervenční programy založené na tomto modelu sice vedou ke změně postoje ke kouření, ale nesníží zájem o kouření (Flay, 1985, cit. podle Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

1.5. Teorie plánovaného chování

Teorii plánovaného chování vyvinuli dva sociální psychologové Icek Ajzen a Martin Fishbein (1980). Hlavním předpokladem této teorie je názor, že lidé obvykle jednají racionálně a že způsob, jakým využívají informace, které mají k dispozici, je možné předpovídat. Teorie ukazuje, že nejúčinnější vliv na chování člověka mají jeho vlastní záměry. Jednoduše řečeno, jestliže se osoba chystá něco udělat, je pravděpodobné, že to také udělá. Tento závěr není nijak převratný a je v podstatě výsledkem zdravého selského rozumu. Ajzen a Fishbein se však pokusili najít odpověď na otázku, co stojí v pozadí našich záměrů k jednání. Model je popsán v následujícím schématu.

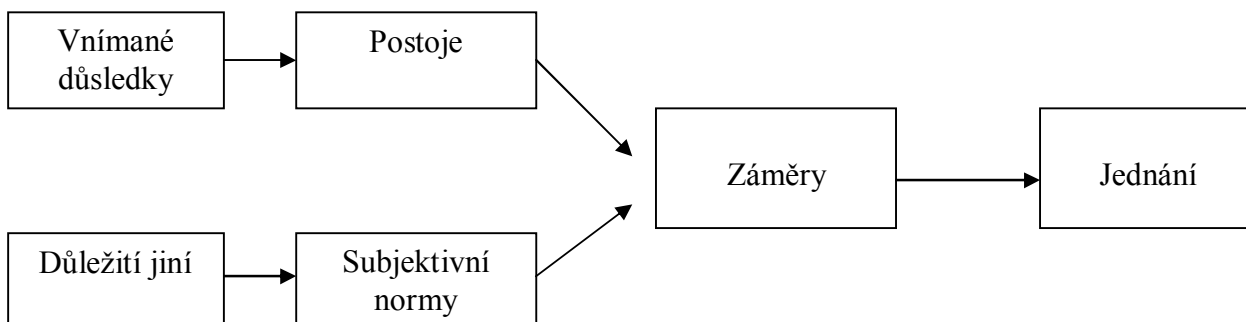


Schéma 2 Teorie plánovaného chování

Záměry člověka jsou ovlivňovány jeho postoji a jeho subjektivními normami. Pojem **postoj** chápou autoři jako označení emocionální přitažlivosti nebo odpudivosti objektu pro danou osobu. Takto chápaný postoj velmi úzce souvisí s přesvědčeními (beliefs): každé přesvědčení přisuzuje objektu určitou vlastnost a postoj osoby je funkcí těchto vlastností (Výrost, Slaměník, 2001).

Postoje můžeme definovat také jako názory člověka v období, kdy se tím kterým způsobem zrovna chová. Přitom je důležité si uvědomit, že postoje dvou osob, které se chovají stejným způsobem, mohou být zcela odlišné.

Subjektivní normy představují vnímání sociálních vlivů na dané chování. Jestliže všichni v našem okolí kouří, a dokonce i naši přátelé chtějí, abychom kouřili, asi budeme mít dojem, že platí norma, která kouření podporuje.

Teorie předpokládá, že člověk se bude určitým způsobem chovat tehdy, když bude mít „dobrý dojem“ ze svého chování a současně bude pociťovat sociální tlak, aby se tak choval.

Ajzen a Fishbein formulovali hypotézu, podle níž jsou postoje nejvíce určovány převažujícími názory na to, co bude důsledkem daného jednání. Postoje jsou udržovány těmi důsledky, které si člověk nejnáze udrží v paměti.

Výzkumy dokládají⁴, že 28 až 71 % pacientů nerozumí sdělení lékaře nebo jej dříve nebo později zapomenou (Mohapl, 1993)

Řeknete-li si například, že kouření je elegantní a lidé, kteří kouří, vypadají dobře, pak právě tento názor určuje váš postoj ke kouření. Přitom není důležitá informace, že kouření zvyšuje pravděpodobnost výskytu rakoviny a kardiovaskulárních nemocnění.

Subjektivní normy jsou ovlivňovány zejména názory důležitých osob v našem okolí, kterým se chceme zavděčit a zalíbit. Jejich názory a chování se tedy výrazně podílejí na vzniku našich vlastních postojů.

Je zřejmé, že zdravotnický personál hraje také důležitou roli v rámci vzniku určitého vzoru chování pro své pacienty. Zatímco v západních zemích kouří dnes asi 3 % lékařů a kolem 20 % sester, u nás je to desetinásobek v případě lékařů – 33 % a více než dvojnásobek v případě sester – 48 % (Králiková et al., 1995).

Teorie plánovaného chování se dále rozvíjela. Ajzen (1988) přidal k pojmům subjektivní normy a postoje ještě pojem **vnímané kontroly** jakožto dalšího faktoru majícího vliv na záměry člověka. U obézního, který si myslí, že má nad svým chováním velkou kontrolu, je větší pravděpodobnost, že sníží svou váhu, než u obézního, který si svou kontrolou není jistý.

⁴ Výsledky výzkumů se často různí a to zejména kvůli rozdílným designům těchto výzkumů nebo v důsledku rozdílných proměnných.

1.6. ASE model ("Attitude Self Efficacy")

Následující model autorů DeVriese a Muddeho (1998) je vlastně integrací Bandurovy sociálně-kognitivní teorie a Ajzenovy a Fishbeinovy teorie plánovaného chování.

ASE model (schéma 3) předpokládá, že chování může být predikováno na základě záměru chování. Tento záměr je pak ovlivněn postoji, sociálním vlivem a očekáváním sebeúčinnosti. Účinek těchto tří determinant záměru chovat se určitým způsobem je dále ovlivňován psychologickými faktory (osobnost, úzkostnost atd.), biologickými faktory (věk, gender). ASE model předpokládá, že změny všech uvedených determinant vedou ke změně chování, což je v souladu s již probranou sociálně-kognitivní teorií (viz. reciproční determinismus).

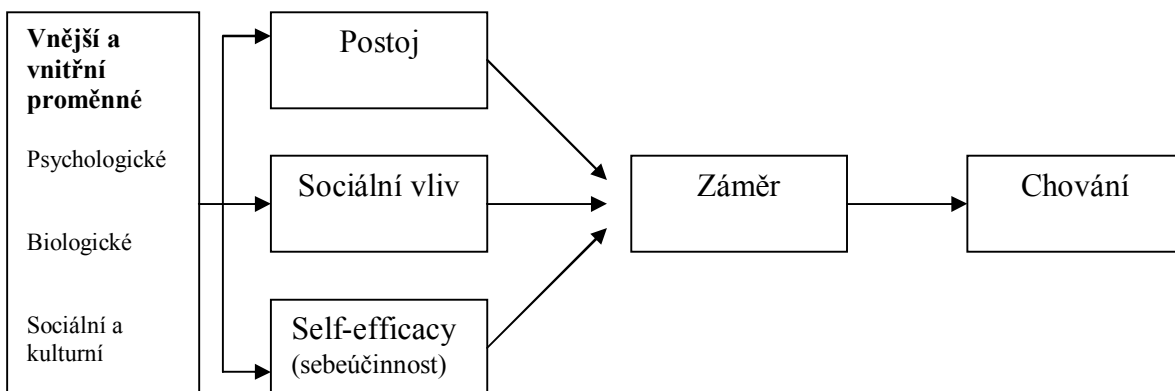


Schéma 3 ASE model (Attitude Self-Efficacy)

ASE model velmi dobře ilustruje pokusy o integraci již existujících teorií, s cílem poskytnout praxi co nejefektivnější nástroj pro analýzu a predikci lidského chování.

Smutnou skutečností zůstává, že stejně tak, jak využívá těchto modelů klinická praxe, využívá těchto teorií i psychologie reklamy, která bezohledně aplikuje desítky let výzkumů behaviorálních věd k ovlivnění lidského chování, bohužel ne vždy žádoucím směrem.

1.7. Transteoretický model behaviorálních změn

Transteoretický model je integrativní model behaviorálních změn, který kombinuje klíčové konstrukty ostatních teorií. Popisuje, jak lidé modifikují své rizikové chování a jak naopak získávají chování žádoucí. Ústředním konstruktem modelu je vymezení jednotlivých stádií změn, v jejichž průběhu ke změnám chování dochází a procesů změn, které chápeme jako kognitivní a behaviorální změny, jež facilitují progresi k žádoucímu chování (Velicer et al., 2000).

TTM je model zaměřený na změnu, přesněji na **proces** rozhodování se člověka změnu provést. Ostatní přístupy pro podporu zdraví (health promotion) se soustředily na sociální nebo biologické vlivy na chování člověka a změny chápaly jen jako statická stádia, tedy „zlozvyk“ / žádoucí chování. V kontextu TTM jsou však všechny tyto vlivy chápány jako externí činitelé, jež se podílejí na rozhodování individua (Velicer et al., 2000).

1.7.1. Možnosti aplikace

Model má široké aplikační možnosti, nejlépe je však ověřen na kuřácích.

Tabulka 3 Aplikační možnosti TTM (Velicer et al. 2000)

Příklady oblastí, kde lze TTM aplikovat:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| - zastavení kouření | - tělesná cvičení |
| - redukční dieta | - závislosti na alkoholu |
| - kontrola tělesné hmotnosti | - užívání kondomů |
| - organizační změny | - compliance léčby |
| - chování, které vede k prevenci | - užívání bezpečnostních pásů |
| - onemocnění vzniklých následky | - kokainové závislosti |
| - prevence nádorů kůže | - darování orgánů |
| - stres management | - prevence domácího násilí |
| - kontrola porodnosti | - prevence nádorových onemocnění |
-

1.7.2. Stádia změny

Dlouhou dobu se o změně lidského chování uvažovalo jako o statické události. Jeden den jsme kuřáci a druhý den už nekouříme. Běžná zkušenost nám však ukazuje, že do ordinací lékařů přicházejí lidé, kteří se liší v připravenosti ke změně. Lékař často pacientovi radí věci, o kterých nechce pacient ani slyšet. A naopak, někdy přijde pacient, který se rozhodl, že začne hubnout nebo přestane kouřit a k lékaři už si přijde pro konkrétní radu.

Lze konstatovat, že populace pacientů je z hlediska připravenosti ke změně značně heterogenní a používání standardních postupů v komunikaci se všemi pacienty vede k tomu, že se s velkou skupinou pacientů komunikačně „nepotkáme“.

Toho si všimli i autoři Prochaska a DiClemente, kteří začali sledovat změnu lidského chování v přirozených podmínkách. Položili si následující otázku: „Jak se to děje, že se někdo změní“. Začali pozorovat populaci kuřáků, obézních, alkoholiků aj. v přirozených podmínkách a zjistili, že změna chování vykazuje jisté pravidelnosti v čase a že každé takové období (**Stages of change**) je charakteristické jistými úkoly, které je třeba splnit, aby se člověk mohl posunout do dalšího stádia.

Stádia změny, jak jsou v současnosti chápána, představují specifické konstelace postojů, záměrů a chování, které se vztahují k postavení jedince v cyklu změny. Poskytují model časové dimenze, v níž se změna uskutečňuje. Ačkoliv doba, kterou jedinci stráví v jednotlivých stádiích, je různá, úkoly, jež je nutné během jednoho stádia splnit, jsou vždy stejné (Prochaska & Norcross, 1999).

Změna probíhá v pěti stádiích: Prekontemplace (PC), Kontemplace (C), Příprava (P), Akce (A) a Udržení (M).

1.7.2.1. Prekontemplace

Toto stádium je charakteristické tím, že v něm neexistuje žádný záměr změnit chování v dohledné budoucnosti. Jde o zatvrzelé kuřáky, obézní, alkoholiky aj., kteří si nepřipouštějí, že je jejich chování problémové, nebo ho zdaleka nepovažují za tak problémové, jak se zdá jejich okolí. Velmi přesně toto stádium vystihuje věta G.K. Chestertona, když řekl: „Není to tak, že by neviděli řešení. Oni nevidí problém.“ Pro stádium prekontemplace existuje řada

důvodů. Ty by se daly shrnout pod tzv. čtyři „R“ (pro češtinu zcela neplatí): váhavost, rebelství, rezignace a racionalizace (Miller, Rollnick, 2003).

Váhavci jsou ti, kteří buď nemají dost znalostí o situaci, anebo z pouhé setrvačnosti nechtějí o změně přemýšlet. Nejsou si vědomi toho, že jejich chování má negativní dopad na jejich zdraví a že pro to existují objektivní informace. Nemají ani takový odpor ke změně, jako spíše váhají.

Rebelové vkládají do svého chování hodně energie. Mají odpor k tomu, aby jim někdo říkal, co mají dělat. Rebelie může být znakem opožděné adolescence nebo odraz nejistoty a strachu. Rebelové velmi často argumentují a obhajují své chování.

Přesně opačně, tj. nedostatkem energie a zacílení, se vyznačují rezignovaní. Tato skupina se vzdala naděje, že by mohli své chování změnit (silní kuřáci, obézní s BMI⁵ nad 40, drogově závislí). Mnoho lidí začne rozhovor výčtem, kolikrát už se pokusili své chování změnit. Zdá se jim, že ztratili kontrolu nad svým chováním (např. impulzivní přejídání). Zlovyk má nad nimi veškerou moc. V rozhovoru s ním jasně zaznívá, že pro ně už je na změnu příliš pozdě.

Člověk, který svůj problém racionalizuje, má tam, kde rezignovaný mluví o pustině, veškeré odpovědi pohotově připravené. Tito klienti o změně neuvažují, protože jsou jsi vědomi míry rizika nebo mají spousty důvodů, proč problém vlastně není problém, a když už je, tak ne pro ně. Ačkoli by se takový klient mohl jevit jako rebel, racionalizující člověk má svou nevoli měnit se podepřenou spíše myšlením než emocemi. Například takový kuřák je přesvědčen, že není tak ohrožen, protože začal kouřit až po jednadvaceti letech, kouří jen 15 cigaret denně, a to teprve 10 let a má devadesátiletého dědečka, který také kouří a ...

V tomto stádiu si problém uvědomuje spíše okolí jedince. V případě kouření je situace ztížena ještě tím, že je kuřák většinou v sociálním prostředí, kde je kouření normální.

Přijde-li tento klient na terapii, je to obvykle proto, že jej k tomu přinutilo okolí. Nebo jde o pacienta, který se dostane k lékaři s určitými příznaky, které jsou dány do souvislosti s jeho nežádoucím chováním až později.

Zde se často setkáváme s tím, že klient změnu jen předstírá, a to obvykle do doby, než sociální tlak nebo tlak lékaře pomine. Vzpomeňme třeba na diabetiky, kteří drží dietu jen před návštěvou lékaře.

Nechť přiznat si problém je poznávacím znamením prekontemplace (Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Fava, J.L., Norman, J.E. et al. 1998; Prochaska & Norcross, 1999). Aby se

⁵ Body mass index

mohli tito pacienti pohnout kupředu, je nejprve třeba, aby si svůj problém uvědomili, vzali v úvahu jeho negativní dopad pro život a zhodnotili své seberegulační možnosti (Prochaska & Norcross, 1999).

1.7.2.2. Kontemplace

V tomto stádium si lidé uvědomují problém, ale zatím se neodhodlali k žádnému konkrétnímu činu. Stádium kontemplace je problematické v tom smyslu, že v něm lidé mohou na dlouhou dobu uvíznout. Tento jev je často charakterizován jako chronická kontemplace nebo behaviorálního otálení (Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Fava, J.L., Norman, J.E. et.al. 1998). „Otálejší“ jsou zpravidla nepřipravení pro tradičně orientované programy. Obézní člověk vám při interním vyšetření řekne, že ví, že by měl snížit svou hmotnost, ale bohužel na to nemá čas a peníze. Balancování mezi pro a proti je pro toto stádium charakteristické. Každý z nás se v tomto stádiu nachází každé ráno, když se rozhodujeme co si ten den obléci.

V jedné studii bylo zkoumáno 200 kontemplátorů, kteří se měnili bez cizí pomoci po dobu dvou let. Pro tuto skupinu bylo typické, že lidé setrvali v kontemplaci po celou dobu sledování, aniž by se jen přiblížili nějaké významné akci (Prochaska & DiClemente, 1984; DiClemente & Prochaska, 1985; cit podle Prochaska & Norcross, 1999).

Poradit pacientovi v této fázi co má dělat, je obvykle neefektivní a mnohdy i kontraproduktivní.

Vedení rozhovoru s pacientem je třeba zaměřit na téma výhod a nevýhod změny chování. Je však nutné si uvědomit, že uvažování pacienta o změně není závazek. Lékaři a terapeuti se tím často dají zmást (Miller, Rollnick, 2003).

Uveďme si jeden ilustrativní příklad. V nedávné době jsme v jedné nemocnici připravili program na omezování kouření na pracovišti. Pilotní průzkum ukázal, že asi 80 % všech kuřáků by rádo přestalo s kouřením v následujících šesti měsících. Na základě vyplnění vstupního dotazníku jsme všechny kuřáky pozvali na informační schůzku a nabídli jim účast ve speciálně připraveném programu. Ze 67 kuřáků se na schůzku dostavili 3.

Většina osob chce přestat kouřit, snížit váhu nebo začít pravidelně sportovat. Pokud jsou ale postaveni před hotovou věc, tj. před připravený program s konkrétním plánem a pomocí, najdou obvykle mnoho důvodů, proč se pro to nebo pro ono nemohou dostavit.

Viditelné a hmatatelné důkazy jsou mnohem účinnější pro posunutí rovnováhy rozhodování směrem ke změně než strašení, obecné vyučování a pobízení. Zjevně tedy zájem není závazek (Miller, Rollnick, 2003).

Člověk v této fázi obvykle zná celou řadu důvodů, proč by měl určitého chování zanechat. Lékař proto často nechápe, proč se takový pacient nehodlá změnit, když přece existuje tolik závažných důvodů pro změnu. Váhání je však pro stádium kontemplace zcela normální.

1.7.2.3. Příprava

Toto stádium je charakteristické tím, že lidé mají v úmyslu okamžitě provést nějakou akci. Uvědomují si, že jejich chování je z hlediska zdraví rizikové a do svého života už zařazují drobné změny chování, např. kouří denně o pět cigaret méně, nebo svou první ranní cigaretu odkládají o 30 minut (DiClemente et al., 1991).

Konkrétní kroky jsou pro nás v tomto stádiu důkazem toho, že se opravdu něco děje. Je důležité sledovat, co klient říká a co dělá. Jde o soby, které vykonaly drobnou změnu ve svém chování, ale ještě nedosáhli kritéria konkrétní akce, tedy např. úplné kuřácké abstinence nebo snížení váhy o 10 %.

Pacienti často přicházejí se svými vlastními nápady, jak by to šlo dělat. Zatímco v předchozích dvou stádiích se pacient odhodlával ke změně a hledal pro ní důvody, ve stádiu přípravy už hledá konkrétní postupy, jak to udělá.

Závazek, který není doprovázen vhodnými dovednostmi na zvládnání obtíží, je příliš na vodě. Pro klienta v rozhodovací fázi je užitečné, když se s ním zaměříme na detaily akčního plánu (Miller, Rollnick, 2003).

Definice cíle a plánu pro další postup tvoří klíčový úkol tohoto stádia změny.

1.7.2.4. Akce

V tuto chvíli má už pacient plán a zanalyzované překážky, které by se mohly na cestě ke změně objevit. Jestliže přijde do ordinace člověk, který už je ve fázi akce, obvykle to udělá proto, aby tak veřejně oznámil své rozhodnutí. Takový pacient potřebuje podporu pro své rozhodnutí, potřebuje od nás potvrdit a schválit svůj plán, posílit víru v sebe. Lékař zde pak funguje jako vnější monitorovací nástroj a kontrola klientových aktivit.

Tímto stádiem máme na mysli už konkrétní změnu pacientova životního stylu. Samozřejmě, že ne všechny modifikace lze považovat v tomto modelu za akci. Lidé musí dosáhnout přesně stanovené změny. Současný konsensus je jasný: u kuřáků se počítá jen absolutní abstinence, u obézních se za změnu považuje snížení váhy o 10 % (Prochaska, J.O., Velicer, W.F, Fava, J.L., Norman, J.E. et.al. 1998).

Lidé ve stádiu akce potřebují určité dovednosti jako protipodmiňování, ovládnutí podnětů a manipulace s následky (tedy procesy změny), aby tak přerušili navyklé chování a osvojili si chování nové.

V tomto stádiu si také lidé začnou uvědomovat nebezpečí, jenž mohou narušit průběh a pokračování akce, ať už se jedná o nebezpečí charakteru kognitivního (očekávání přerušování abstinence), behaviorálního (vystavování se pokušení), emocionálního (zhoršení stresu nebo deprese) nebo environmentálního (nedostatek zpevnění či podpory od partnera). Proto je v tomto stádiu nutné vytvořit efektivní strategie, aby nedošlo k relapsu, který je v tomto stádiu změny velmi častý. (Prochaska, J.O., Velicer, W.F, Fava, J.L., Norman, J.E. et.al. 1998; Prochaska & Norcross, 1999).

1.7.2.5. Udržení

Toto stadium je charakteristické tím, že lidé pracují na prevenci proti relapsu, přičemž už se tolik nesoustředí na změnu, jako je tomu u osob na předcházející úrovni. Pokušení je u nich stále menší. Naproti tomu roste jejich sebedůvěra (self-efficacy) a klesá pokušení k relapsu. Tradičně se na udržení pohlíželo jen jako na statické stadium. Avšak udržení je pokračováním změny, ne její absencí (Prochaska & Norcross, 1999).

Lze říci, že fáze udržení pokračuje až do konce života. Následující tabulka ukazuje obecné časové vymezení jednotlivých stádií změny⁶.

⁶ Ukázky jednotlivých měřících nástrojů pro různé druhy chování lze najít na: www.uri.edu/research/cprc

	Stádium	Definice
PC	Prekontemplace	Neplánuje změnit své chování v následujících 6 měsících.
C	Kontemplace	Plánuje změnit své chování v následujících 6 měsících.
P	Příprava	Plánuje změnit své chování v následujících 30 dnech.
A	Akce	Změnil své chování během minulých 6 měsíců.
M	Udržení	Změna jeho chování trvá déle než 6 měsíců.

Tabulka 2 Operacionální definice jednotlivých stádií změny

1.7.2.6. Relaps

Z údajů Center for Disease Control and Prevention vyplývá, že 40 % z 50 miliónů amerických kuřáků zkusí s kouřením přestat alespoň jednou v tomto roce. Podaří se to bohužel jen jednomu z deseti (Farrington, 2002).

Každý pokus o změnu chování je doprovázen stádií relapsů. Ty jsou často zdrojem frustrace a pocitu marnosti. Transteoretický model chápe relaps jako nedílnou součást procesu změny. Ukazuje se, že pokud se člověk pokusí změnit komplexní chování, jakým je např. kouření nebo obezita, zažije na cestě ke změně asi 3–5 relapsů. Prochaska et al (1992) považuje relaps spíše za pravidlo než výjimku.

Hunt et al (1996) dodává, že přibližně u 60 % pacientů, kteří ukončili léčbu závislosti na nikotinu, alkoholu a heroinu, nastal v průběhu prvních 90 dnů relaps. Četnost relapsů se odhaduje na 70–74 % během prvního roku (cit. podle Rotgers, Keller, Morgernstern, 1996).

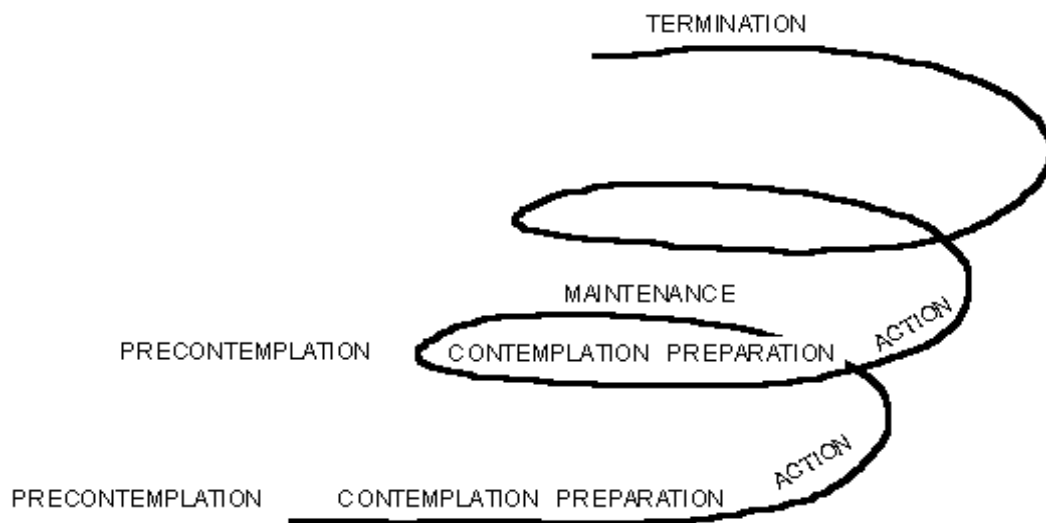
Fáze akce obyčejně trvá tři až šest měsíců. Tento časový údaj vyplývá z výzkumů v oblasti závislostí, ale samozřejmě záleží na druhu problémů (Miller, Rollnick, 2003). Ukazuje se, že tato doba je nutná ke zpevnění nově vzniklých vzorců chování. Samozřejmě platí pravidlo, že čím delší tato doba je, tím menší je pravděpodobnost relapsu.

K relapsu však může dojít kdykoliv. Velmi často se stává, že člověk, který už prodělal změnu, začne po nějaké době testovat sám sebe. Kuřák se například rozhodne, že zkusí jednu cigaretu, aby věděl, „co to s ním udělá“. Takové pokusy však bývají velmi často příčinou relapsu u drogově závislých.

Je evidentní, že dokonce i po dlouhotrvající abstinenci, jsou odpovědi neurotransmitterových systémů, stojících v pozadí závislosti, abnormální (Pulvirenti, Diana, 2001). To vysvětluje, proč jedna cigareta může u kuřáka zpustit silné pokušení znovu začít kouřit.

Častým doprovodem relapsu je pocit rezignace. Celý proces změny velmi dobře ilustruje obrázek 1. Relapsem chápeme regresi z vyššího stadia (akce, udržení) na stadium nižší. Spirála dobře ilustruje celý proces změny. Každá změna chování začíná ve fázi prekontemplace nebo kontemplace. Postupně se dostáváme do stadia udržení, kdy jsou nové vzorce chování již dostatečně zpevněné. Konečné fáze, jako je fáze akce a udržení, jsou z hlediska relapsu nejrizikovější. Spirálový model ukazuje, že dojde-li k relapsu, obvykle se nevracíme na začátek celé cesty, tedy do fáze prekontemplace, ale začínáme z fáze kontemplace nebo přípravy.

A Spiral Model of the Stages of Change



Obrázek 1 Spirála změny (Prochaska & Norcross, 1999)

Nejčastěji dochází k regresi na stádium kontemplace nebo přípravy. Jen asi u 15 % osob dojde k regresi přes všechna stadia, tedy až do stadia prekontemplace (Prochaska, J.O., Velicer, W.F, Fava, J.L., Norman, J.E. et.al. 1998).

1.7.2.7. Distribuce osob v jednotlivých stádiích změny

Jak už bylo zmíněno výše, populace pacientů je z hlediska připravenosti ke změně jakéhokoliv chování značně heterogenní. Lze předpokládat, že distribuce osob v jednotlivých stádiích změny bude rozdílná nejen v závislosti na druhu rizikového chování, ale i vzhledem k zemi, ve které byl vzorek zkoumán (Velicer et al, 2000).

V nedávné studii (Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons a Pierce, 1995) bylo demonstrováno, že distribuce kuřáků v prvních třech stádiích změny byla identická ve třech rozsáhlých reprezentativních vzorcích americké populace (Rhode Island N = 4144; Kalifornie N = 9534; celonárodní vzorek dělníků N = 4785). Přibližně 40 % kuřáků bylo ve stádiu prekontemplace, dalších 40 % ve stádiu kontemplace a zbylých 20 % kuřáků ve stádiu preparace.

Že může být distribuce závislá na geografických oblastech, dokládá studie Ettera, Pernegera a Ronchio (1997), jenž byla provedena v různých evropských zemích (Nizozemsko N = 918; Švýcarsko N = 148; Španělsko N = 342). Z tohoto výzkumu vyplynulo, že distribuce kuřáků je v evropském vzorku **značně odlišná od distribuce amerických kuřáků**. V Evropě je přibližně 70 % kuřáků ve stádiu prekontemplace, 20 % ve stádiu kontemplace a zbylých 10 % ve stádiu preparace.

Laforge, Velicer, Richmond & Owen (1999) poskytují informaci o distribuci osob ve stádiích změny pro následující chování: dieta snižující obsah tuku v potravě, pravidelné fyzické cvičení, redukce stresu a redukce váhy.

Distribuce byla velmi podobná ve všech pěti vzorcích populace v USA a Austrálii. U diety snižující obsah tuku v potravě byla distribuce následující: přibližně 60 % respondentů byla ve stádiu prekontemplace, 20 % ve stádiu kontemplace a zbylých 20 % ve stádiu přípravy.

Co se týče distribuce osob z hlediska redukce stresu, zde bylo přibližně 70 % respondentů ve stádiu prekontemplace, 15 % ve stádiu kontemplace a zbylých 15 % ve stádiu přípravy.

U redukční diety byla distribuce následující: přibližně 75 % respondentů bylo ve stádiu prekontemplace, 15 % ve stádiu kontemplace a zbylých 10 % ve stádiu přípravy.

A konečně distribuce pravidelného fyzického cvičení. Ve dvou amerických vzorcích bylo přibližně 35 % respondentů ve stádiu prekontemplace, 25 % ve stádiu kontemplace a zbylých 40 % ve stádiu přípravy. Rozdílnou distribuci vykazovaly i tři australské vzorky, kde

byla distribuce přibližně 40 % ve stádiu prekontemplace, 35 % ve stádiu kontemplace a zbylých 25 % ve stádiu přípravy.

1.7.3. Procesy změny

Pojďme si na začátek definovat, co máme na mysli pojmem psychoterapie. Prochaska s Norcrossem (1999) vymezují psychoterapii jako odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobnostní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.

Současné odhady hovoří o tom, že existuje asi 400 psychoterapeutických směrů (Prochaska & Norcross, 1999).

Zamyslíme-li se kriticky nad množstvím existujících psychoterapeutických systémů, je velmi nepravděpodobné, že by každý z těchto směrů fungoval jinak. Logická úvaha říká, že i přes rozdílnou terminologii a teoretická východiska těchto směrů, používají všechny školy stejné základní nástroje (procesy změny), jež vedou ke změně chování a prožívání člověka.

Rozdíl mezi jednotlivými školami bude zejména v tom, do jaké míry, ten který proces změny používají a považují za důležitý. Tento rozdíl bychom si mohli představit jako kontinuum na jehož jedné straně bychom soustředili směry, které za svůj hlavní nástroj změny považují zvyšování klientova uvědomění (psychoanalýza) a na druhé straně směry, které jsou více orientovány na konkrétní akci klienta (kognitivně-behaviorální terapie).

Proto se autoři James Prochaska a Carl DiClemente rozhodli provést srovnávací studii nejvýznamnějších psychoterapeutických směrů s cílem najít společné nástroje změny.

Během výzkumu v této oblasti (Prochaska a DiClemente, 1993, Prochaska, Velicer, DiClemente, a Fava 1988) bylo vyděleno 10 procesů změny, které byly více či méně společné všem srovnávaným psychoterapeutickým školám. Prvních pět procesů je klasifikováno jako zkušenostní procesy a jsou užívány zejména v prvních fázích změny (prekontemplace, kontemplace, příprava). Zbylých pět procesů je označeno jako behaviorální a jsou primárně užívány pro pozdější stádia změny (příprava, akce a udržení).

Pod pojmem **procesy** rozumíme skryté či zjevné aktivity, do nichž lidé vstupují, aby změnili emoce, myšlení, chování, nebo vztahy, týkající se určitých problémů nebo způsobů života (Prochaska & Norcross, 1999).

I. Procesy změny: Zkušenostní

II. Procesy změny: Behaviorální

1. Zvyšování vědomí

2. Katarze/dramatická úleva

3. Sebeřehodnocení

4. Přehodnocení okolí

5. Sociální osvobození

6. Sebeosvobození

7. Protipodmiňování

8. Ovládání podnětů

9. Manipulace s následky

10. Pomáhající vztah

Tabulka 4 Procesy změny (Prochaska et al. 1998)

1.7.3.1. Zvyšování vědomí

Jedná se o základní terapeutický proces změny, kterým máme na mysli rostoucí uvědomování si příčin a důsledků problémového chování. Intervence v tomto případě zahrnuje zpětnou vazbu, edukaci, konfrontaci, interpretaci, biblioterapii a mediální kampaně. Pacient si musí uvědomit, že jeho chování je v rozporu s jeho zdravím. Mnohdy jsme svědky toho, že pacient své chování nemění prostě jen proto, že nevěděl o jeho škodlivosti nebo vůbec o jeho existenci. Takovou zpětnou vazbou může být pro alkoholika videozáznam jednoho z jeho tahů. V důsledku pravidelné amnézie spojené s rozvinutým alkoholismem nemusí ani vědět o svém destruktivním chování. K postupnému uvědomování si určitých problémů může vést i četba knihy, jejíž tematika se přímo dotýká našeho života.

Uvědomit si negativa vlastního chování je prvním krokem na cestě ke změně.

1.7.3.2. Katarze/Dramatická úleva

Katarze je jednou z nejstarších terapeutických metod. Historicky vychází z hydraulického modelu emocí, který říká, že nepřijatelné emoce, např. hněv, vina nebo úzkost, jsou zablokovány, aby je člověk neprojevil přímo. Jejich zablokování vede k tlaku, neboť hledají způsob uvolnění. Uvolní se však nepřímo, hněv se např. projeví na somatické úrovni jako bolesti hlavy. Jestliže je člověk dokáže během terapie projevit přímo, vybijí jejich energetický potenciál a zbaví se tak zdroje symptomů (Prochaska, Norcross, 1999).

Tento proces obvykle vychází zevnitř. Budeme jej nazývat **korektivní emoční zkušenost**. Jeden můj kamarád se jednou cítil velmi napjatý a smutný, ale nemohl přijít na to proč. Vzal si tenisky a šel běhat. Když běžel do prudkého kopce, cítil jak ho to nutí stále zrychlovat. Snažil se kopec vyběhnout za každou cenu co nejrychleji a těsně před vrcholkem kopce začal při běhu i řvát. Když se zastavil a vydýchal se, uvědomil si, jak ho studium neskutečně deptá. Jak nemá na nic čas, protože se musí stále učit a když se připraví na jednu zkoušku, už aby se začal učit na tu další.

Samozřejmě, že ke katarzi, tedy k emočnímu uvolnění, může dojít i pozorováním emocionálně nabytých scén. Tento proces budeme nazývat **dramatická úleva**. Představme si člověka, který sleduje dokumentární film o léčbě nádorových onemocnění a při představě, že by to mohlo potkat i jeho, náhle zakusí pocit ohrožení. V důsledku této zkušenosti pak začne měnit svůj životní styl.

Umístování obrázků lidských orgánů, poškozených v důsledku kouření na krabičky cigaret, sleduje stejný cíl. Ukazuje se, že takovýto obrázek je daleko efektivnější, než nápisy o škodlivosti kouření, se kterými se setkáváme na krabičkách cigaret u nás. Působí totiž více na emoce člověka. Do jaké míry fungují varující nápisy na tabákových výrobcích, je zatím nezodpovězenou otázkou. Odpověď nám může poskytnout teorie kognitivní disonance L. Festingera.

1.7.3.2.1. Teorie kognitivní disonance

Podle tvůrce této teorie L. Festingena, stejně jako lidi motivuje hlad, motivuje je i **kognitivní disonance**, tj. rozpor v poznání, resp. v poznání a jednání (Nakonečný, 1996). Východiskem jsou neslučitelné poznatky (informace), které má jedinec k dispozici, resp. ty které dostal, s těmi, které již měl. Trvání disonance je psychicky nepříjemné, takže motivuje osobu k tomu, aby ji redukovala a pokusila se docílit konsonance, tedy souladu mezi vlastním jednáním a novými informacemi. Vyvstane-li disonance, bude se osoba, kromě pokusu redukovat ji, vyhýbat situacím a informacím, které by mohly disonanci nějak prohloubit. Vlastní redukce kognitivní disonance může proběhnout následujícími kroky: 1) změnou jednoho nebo více prvků, které jsou v disonantním vztahu; 2) zavedením nových kognitivních elementů, které jsou konsonantní s již existujícím smýšlením a za 3) zmenšením nebo popřením významnosti elementů, které disonanci vyvolaly, případně popřením důvěryhodnosti zdroje disonantního prvku. Typický příklad disonance představuje silný kuřák, který se dozví, že kouření vyvolává smrtelnou nemoc, rakovinu plic. Vzniklou

disonanci může redukovat následujícími způsoby: 1) změnou behaviorálních elementů, tedy tak, že přestane kouřit nebo začne kouřit cigarety s filtrem, případně fajfku, což pokládá za méně nebezpečné; 2) vytvoří si přesvědčení, že není silný kuřák a že škodí jen silné kouření nebo jen kouření silných tabáků; 3) bagatelizuje zdroj informace jako nevědecký či zaujatý, popře jeho význam.

Pokud je stávající přesvědčení pro člověka významné, pomáhá mu redukovat úzkost, upevnit jeho sebedůvěru, apod. Lidé obecně vykazují odpor vůči změně, a tento odpor je tím větší, čím větší význam svému stávajícího přesvědčení přisuzují. S odmítáním změn se setkáváme také v těch případech, kdy je přesvědčení dlouhodobé, přináší-li nějaký zisk a k dosažení konsonance by bylo nutné zásadně změnit chování (Nakonečný, 1996). Např. člověk, který se dozví, že je třeba čistit si zuby třikrát denně, ale nedělá to, je ve stavu disonance. Rád tedy přijme tvrzení, že čistit si zuby třikrát denně je škodlivé (rozedřené dásně, obroušená sklovina) nebo že existuje zubní pasta, kterou si stačí čistit zuby jen jednou denně. Avšak nepřijme tezi, že je třeba si čistit zuby pětkrát denně, protože by to zvýšilo jeho disonanci (Nakonečný, 1996).

V kognitivní disonanci nejde vždy jen o nějaký vnitřní spor mezi poznatky, ale jak bylo patrné z předchozích příkladů, také o záležitost behaviorální, která implikuje důležitou otázku rozporů mezi postoji a chováním. Aby se jedinec choval způsobem, který se neshoduje s jeho postojem, musí být tlak nutící ho k takovému jednání větší, než tlak působící opačně. Člověk jednající v rozporu se svými postoji, musí mít z nového chování značné výhody nebo si vytvořit působivou racionalizaci toho, co činí (Nakonečný, 1996).

1.7.3.3. Sebepréhodnocení

Zahrnuje kognitivní a afektivní zhodnocení sebe sama. James Prochaska popisuje příběh jednoho svého klienta. Pan M. jednou jel pro své děti do školy, ale když už se blížil k budově, spustil se silný déšť. Věděl, že děti už stojí před školou, ale uvědomil si, že mu došly cigarety. Jel tedy nejprve pro krabičku cigaret a teprve potom pro už velmi promoklé děti. To byl pro něj, jak sám uvedl, zlomový zážitek, kdy se rozhodl, že přestane kouřit.

Pro nás je tento příběh zajímavý proto, že zde došlo ke spuštění hned několika procesů změny najednou. Za prvé je příběh dobrou ilustrací procesu sebepréhodnocení, kdy si pan M. uvědomil, že je bezohledný kuřák, což bylo v přímém rozporu s jeho představou sebe

sama jako starostlivého otce. Vzpomeňme na teorii kognitivní disonance, která říká, že sama disonance může fungovat jako motivace ke změně. Za druhé svým bezohledným chováním vyděsil sám sebe, tedy proces katarze/dramatická úleva. Díky tomuto zážitku si také uvědomil, že jeho závislost na nikotinu je silnější, než si dlouhé roky namlouval, tedy proces zvyšování vědomí.

Sebepřehodnocení přináší klientovi několik otázek. Kdo jsem? Kým bych chtěl být? Jsem pasivní oběť svého chování, nebo aktivní člověk, který udává směr svému životu?

Mezi konkrétní kroky tohoto procesu patří vyjasnění si hodnotového systému a stanovení si životních priorit (Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Fava, J.L., Norman, J.E. et al. 1998). Čím více problematické (rizikové) chování koliduje s hlavními životními hodnotami klienta, tím více je nucen přehodnotit své vlastní sebepojetí.

1.7.3.4. Přehodnocení okolí

Během tohoto procesu klient zvažuje, jakou roli hraje jeho chování v prostředí, kde se vyskytuje. Kuřák si například může uvědomit, že svým kouřením omezuje zdraví lidí ve svém okolí. Neurotik může dojít k závěru, že svým chováním ztrpčuje život svým blízkým. Dříve nedisciplinovaný řidič si uvědomí, že musí dodržovat předepsanou rychlost v obytné čtvrti, aby byl schopen včas zareagovat na případného chodce.

1.7.3.5. Sociální osvobození

Za sociální osvobození považujeme takové změny prostředí, které přinášejí větší množství alternativ pro naše chování. Pro člověka, který se rozhodne konzumovat potraviny s nízkým obsahem tuku, je sociálním osvobozením to, že v jídelně, kam chodí pravidelně na oběd, zařadí jedno nízkotučné jídlo.

Sociálním osvobozením může procházet i celá společnost. Všimněme si velkých změn, k nimž v posledním desetiletí ve společnosti dochází. Objevuje se stále více vegetariánských restaurací a obchodů s produkty racionální výživy. Dokonce i symboly nezdravého životního stylu jako jsou restaurace McDonald a KFC zařazují stále častěji do svých menu zeleninu a nízkotučné potraviny.

Za sociální osvobození lze bezpochyby považovat i povolení sňatků homosexuálů a lesbiček nebo počin starosty města New York a irské vlády, zakázat kouření v restauracích a na veřejných místech. Jen si představte, že jste číšník nekuřák, který byl nucen pracovat osm hodin denně v zakouřeném prostředí, a být tak vystaven vlivům pasivního kouření. Jakákoli společenská změna bývá velmi často důležitým krokem ke změně chování.

1.7.3.6. Sebeosvobození

Můžeme jej chápat jako zážitek, který klient zakusí během procesu uvědomování si, že má více možností volby. Cílem jakékoli konzultace je pak přivést pacienta k tomu, aby si uvědomil co nejvíce možností, jež se mu pro požadovanou změnu chování nabízejí. Obézní člověk vám bude nejspíš tvrdit, že se stravuje určitým způsobem, protože mu tak doma vaří. Nápad, že by mohl vzít vaření do vlastních rukou a vařit si dietně a zdravě, je další alternativa, která pacienta ještě nenapadla. Není ovšem žádoucí dospět jen ke dvěma alternativám.

Dvě možnosti vás přivedou do dilematu. Mít možnost volby znamená mít možnost alespoň tří postupů (O'Connor, Seymour, 1998).

Z pohledu humanistické psychologie, tedy na člověka orientované psychoterapie, může počet dostupných reakcí výrazně stoupnout, jestliže si uvědomíme alternativy, o nichž jsme před tím vůbec neuvažovali. Podle mnoha různých terapeutických systémů je tedy širší výběr chápán jako výsledek zvýšeného vědomí (Prochaska, Norcross, 1999).

Spoustu věcí v našem životě děláme automaticky a v podstatě jen proto, že jsme se je kdysi tak naučili. V určité době našeho života daná reakce fungovala, ale neznamená to, že bude fungovat navždy. Představme si člověka, který se po rozvodu dostal do velké duševní krize. Jeho hlavní potíží byla nespavost a silné stavy úzkosti. Lékař mu předepsal nějaké tisíci léky, které mu měly pomoci od negativních příznaků úzkosti v prvních dnech tohoto velkého životního zvratu. Pacient začal léky pravidelně užívat a po nějaké době potíže se spánkem vymizely. Vše v jeho životě se postupně opět vrátilo do normálu, až na jednu věc. Pacient už nebyl schopen bez léků fungovat. Zvykl si, že když se dostane do stresové situace, léky velmi rychle pomůžou. Dokonce si je začal shánět i od jiných lékařů, protože mu je jeho lékař už nechtěl dále předepisovat. Kdybyste se takového pacienta zeptali, jestli někdy zkusil usnout nebo se vyrovnat se zátěží jiným způsobem než pilulkou, asi by vám odpověděl, že ne. Ani ho nenapadlo, že existují i jiné možnosti, jak stres a nespavost zvládnout. Cílem rozhovoru by pak bylo přivést pacienta k novým alternativám jednání a reakcí. Podnítit v něm touhu po

hledání nových možností, a zvýšit tak jeho repertoár reagování na vnější svět a tím mu zároveň zprostředkovat zážitek sebeosvobození jakožto dalšího kroku na cestě ke změně.

1.7.3.7. Protipodmiňování

Jak jsme si vysvětlili v kapitole o klasickém a operantním podmiňování, je naše chování velmi často spouštěno vnějšími podněty nebo svými následky. Pro změnu chování je jistě důležité tyto spojitosti odhalit. Avšak toto uvědomění si souvislostí mezi vnějšími a vnitřními podněty a chováním nebo snad samotné rozhodnutí se dosáhnout změny samo o sobě terapeutickou změnu nevyvolá.

V takovém případě má klient dvě možnosti: 1) změnit reakci na podmíněný podnět (protipodmiňování); 2) změnit samotné prostředí, tedy tento podnět odstranit (ovládání podnětů)

Představme si člověka, který je zvyklý řešit stresové situace jídlem. Kdykoliv se dostane do zátěžové situace, nají se, což vede k uvolnění a redukci úzkosti. Spouštěčem chuti k jídlu je zde tedy pocit napětí a úzkosti. Protipodmiňováním by v tomto případě bylo, kdyby se pokusil vzniklé napjetí zvládnout jinak než jídlem, například fyzickým cvičením, poslechem hudby atd. To by vedlo k redukci tenze, která je spouštěčem přejídání.

Za protipodmiňování považujeme i náhradní nikotinovou léčbu, neboť se kuřák naučí, že lze stejného efektu dosáhnout i bez cigarety. Jídlo a cigarety velmi často fungují jako copingové strategie, tedy způsoby zvládnání zátěžových situací.

Protipodmiňování bylo použito při léčbě ženy trpící strachem z penetrace, která při pohlavním styku reagovala samovolnou svalovou křečí. Tento stav, označovaný jako vaginismus, zabraňoval penetraci pohlavního údu. Jako ve většině případů léčených protipodmiňováním byla terapie založena na postupného přibližování se podmíněnému podnětu – pohlavnímu styku za současného prožívání reakce, jako je relaxace či sexuální vzrušení, které jsou neslučitelné s nežádoucí úzkostnou reakcí a svalovou křečí, pohlavním stykem původně vyvolávanou (Prochaska, Norcross, 1999).

1.7.3.8. Ovládání podnětů

Postupy na ovládání podnětů zahrnují restrukturalizaci prostředí, což může vést ke snížení pravděpodobnosti výskytu určitého chování. Rozhodnu-li se snížit svou hmotnost, odstraním ze svého prostředí všechny podněty, které by mě mohly jídlo připomínat nebo zvyšovat pokušení jíst. Snažím se restrukturalizovat i svůj denní režim a pokusím se rozbourat zaběhlé stereotypy, které byly spojené s jídlem.

Klasickým příkladem ovládání podnětů je léčba závislosti na tabáku. V rámci této léčby je žádoucí, aby klient odstranil ze svého okolí vše, co by mu mohlo kouření připomínat, tedy popelník, zásoby cigaret, hrníček, ze kterého byl zvyklý pít kávu, když kouřil,...

1.7.3.9. Manipulace s následky

Každé chování vede k následkům, a ty zpětně zvyšují pravděpodobnost jeho budoucího výskytu. Jedna naše klientka, která se pokoušela snížit svou hmotnost, chodila pravidelně běhat. Každý trénink byl pro ní utrpení, ovšem do té doby, než se v lese seznámila s mladíkem, který chodil také pravidelně běhat a byl jí velmi sympatický. Následkem běhání náhle nebylo fyzické utrpení, ale příjemné setkání se sympatickým mužem, který oceňoval jejího sportovního ducha. Manipulací s následky by byla pro kuřáka nabídka, že za každou svou nevykouřenou cigaretu dostane 500 Kč.

Zde je ovšem velmi důležité znát význam, který člověk jednotlivým následkům přikládá. Ke změně následků může totiž dojít, aniž by se objektivně změnily, což nastává v situaci, kdy jsou následky ze strany individua přehodnoceny. Mnoho lidí pravidelně necvičí, protože se stydí za to, jak vypadají, jak určitou hru hrají, jaké mají vybavení. Za následek považují výsměch a pohrdání druhých. Přehodnocením by zde byla úvaha, že i „ti perfektní“ jednou začínali a že ani oni vlastně tak dokonalí nejsou.

1.7.3.10. Pomáhající vztah

Pomáhajícím vztahem se myslí vztah klienta s člověkem, který je mu v procesu změny oporou. Někdo, kdo ho vyslechne, když je mu nejhůř, například v počátečních fázích abstinence. Někdo, kdo při velké chuti hubnouceho partnera na jídlo navrhně, aby se šli projít, hráli nějakou hru, atd.

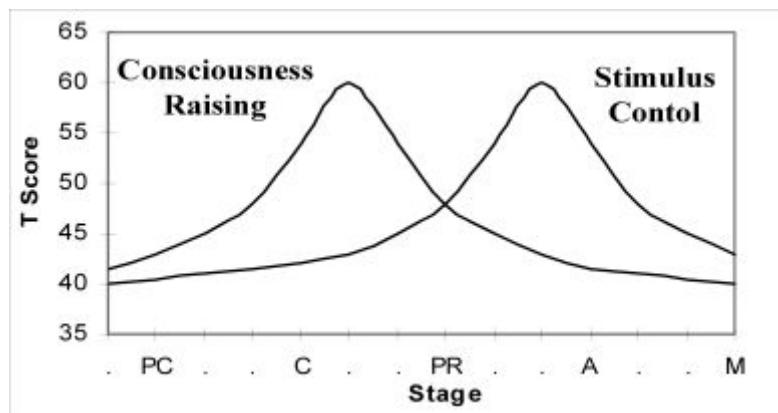
1.7.4. Integrace stádií a procesů

Na tomto místě se dostáváme k nejdůležitějšímu přínosu celého modelu, tedy k tezi, že během určitých stádií změny jsou v popředí určité procesy změny.

Zde přecházíme od pokusu a omylu k systematické a efektivnější aplikaci těchto procesů (Prochaska & Norcross, 1999).

Na začátku jsme rozdělili všech deset procesů změny do dvou skupin: na **procesy zkušenostní**, které se uplatňují zejména v prvních dvou stádiích změny, tedy prekontemplace a kontemplace (zvyšování vědomí, dramatická úleva, sebepřehodnocení, přehodnocení okolí, sociální osvobození); a procesy **behaviorální**, jež se uplatňují spíše ve stádiích zaměřených na konkrétní akci, tedy příprava, akce a udržení (sebeosvobození, protipodmiňování, ovládnutí podnětů, manipulace s následky, pomáhající vztah).

Integrace stádií a procesů změny je názornější na obrázku 2. Proces *Consciousness Raising* reprezentuje zkušenostní faktory a *Stimulus Control* reprezentuje behaviorální faktory.



Obrázek 2 Vztah mezi úrovněmi změny a dvěma procesy změny, rostoucí uvědomění (consciousness raising) a kontrolou podnětů (stimulus control) (Velicer et al., 2000)

Následující tabulka přesně zachycuje, kdy který proces přichází na řadu a kdy je jeho použití nejefektivnější.

Stádia změny	C	P	A	M
PC				
Zvyšování vědomí				
Dramatická úleva				
Přehodnocení okolí				
	Přehodnocení sebe			
		Sebeosvobození		
			Ovládání následků	
			Protipodmiňování	
			Ovládání podnětů	

Tabulka 5 Stádia změny, v nichž jsou procesy změny nejvíce zdůrazněny (Prochaska & Norcross, 1999)

K tomu je ovšem nutné podotknout, že stádia změny nesmíme vnímat jako striktně oddělené úseky. Chápeme je spíše jako kontinuum, během něhož se jednotlivé fáze prolínají a v průběhu celé změny opakují. Každý dílčí krok tak prochází celou spirálou změny.

Představme si člověka, který sedí doma na svém koberci a kouká na televizi. Protože má rád, když je koberec čistý, pravidelně ho vysává. V tuto chvíli ještě neví, že potřebuje nový vysavač (prekontemplace). Druhý den ráno si všimne, že je koberec plný drobečků z křupek, které tam včera večer jedl a rozhodne se, že koberec vysaje. Vyndá vysavač a zapne jej, ale vysavač nevykazuje známky života. Snaží se sám nalézt příčinu sabotáže, ale marně. Rozhodne se tedy, že vysavač odnese do servisu. V tuto chvíli je stále ve stádiu prekontemplace. V servisu se dozví, že vysavač sice opravit půjde, ale že cena opravy je téměř stejná jako nový vysavač. Zde se náš pořádkumilovný člověk dostává do fáze kontemplace. Uvědomuje si, že potřebuje vysávat, ale momentálně nemá čím. Musí se rozhodnout, zda koupí nový vysavač nebo nechá opravit ten starý. Cestou domů prochází obchody. Doma pak listuje nabídkovými katalogy, hledá informace na internetu. Stále je ve fázi kontemplace, pro kterou je charakteristické balancování mezi pro a proti. O svém rozhodnutí se večer radí se svou manželkou, která jej ujistí, že teď si klidně mohou dovolit nový vysavač a dohodnou se, že se spolu druhý den vypraví nějaký koupit. V tuto chvíli se oba nacházejí ve fázi přípravy. Následujícího rána projdou několik obchodů, rozhodnou pro jeden určitý typ vysavače a zakoupí ho (fáze akce a udržení).

Během prekontemplace využívají jedinci jednotlivé procesy změny podstatně méně, než je tomu v pozdějších stádiích. Bylo zjištěno, že lidé v tomto stádiu zpracovávají méně informací o svém problému (kognitivní disonance), tráví méně času přehodnocováním sebe samých a zažívají méně emocionálních reakcí týkajících se negativních aspektů jejich chování.

Cílem intervence v tomto stádiu je *zvyšovat vědomí*, přičemž je důležité, přivést pacienta k uvědomění si vlastního problému a pomoci tak k posunu do stádia kontemplace. Intervence, jež může vést k rostoucímu uvědomění zahrnuje zpětnou vazbu, vzdělávání, konfrontaci, interpretaci, biblioterapii a mediální kampaň.

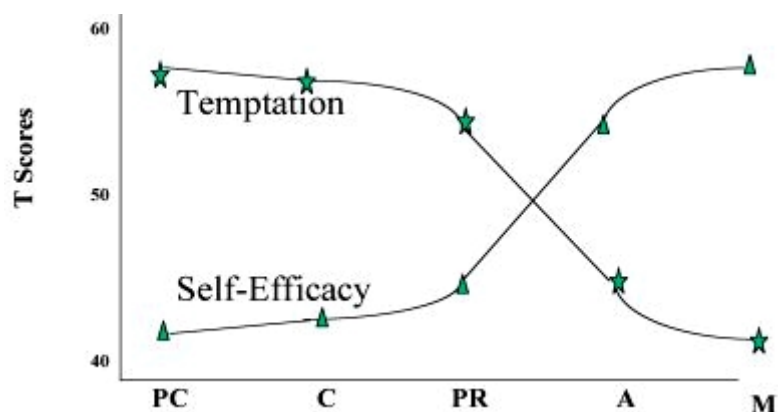
Klienti ve stádiu *kontemplace* jsou nejvíce otevření intervencím na zvyšování vědomí, jakými jsou pozorování, konfrontace a interpretace (Prochaska & Norcross, 1999). Tím se vytváří nejlepší možné prostředí pro emocionální a kognitivní přehodnocení klientových problémů. Klíčovým problémem tohoto stádia je balancování mezi výhodami a nevýhodami změny.

Aby se jedinci lépe připravili na akci, je potřeba dosáhnout změny v jejich myšlení a prožívání ve vztahu k jejich problematickému chování a k hodnocení vlastního problematického životního stylu (Prochaska & Norcross, 1999).

Stádium přípravy svědčí o tom, že klient je dostatečně připraven na změnu v blízké budoucnosti (obvykle se uvádí během následujících 30 dnů) a že je také dobře poučen z předchozích neúspěšných pokusů. Zde je důležité, aby si klient stanovil přesné cíle, kterých chce dosáhnout.

V tomto stádiu se už také mohou začít používat procesy protipodmiňování a ovládnání podnětů, omezujících problematické chování.

Klíčovým momentem v přípravě na akci je proces sebeosvobození, který úzce souvisí s konceptem sel-efficacy Alberta Bandury. Jak uvádí Prochaska et al. (1999) klient musí být přesvědčen, že má autonomii k tomu, aby svůj život změnil. Vztah self-efficacy, tedy pocitu „mám na to“, a pokušením chovat se starým způsobem zachycuje obrázek 3.



Obrázek 3 Vztah mezi stádii změny, self-efficacy a pokušením (Velicer et al., 2000)

Tento proces ale nesmí být izolován od procesů ostatních. Klient musí být také dostatečně efektivní v rámci behaviorálních procesů, jako je protipodmiňování, manipulace s následky a ovládání podnětů, aby tak co nejvíce eliminoval podmínky, které by mohly nutit k recidivě.

Následuje stádium udržení. Toto stádium je charakteristické tím, že lidé pracují na prevenci proti relapsu, přičemž už se tolik nesoustředí na změnu, jako se soustředili v úrovni předcházející. Úspěšné udržení hodně závisí na již absolvovaných procesech a také na objektivním zhodnocení podmínek, za nichž se člověk pravděpodobně vrátí ke svému starému problematickému chování.

Zřejmě nejdůležitější v procesu terapie je pocit, že se člověk stává tím, kým chce být. Pokračovat v protipodmiňování, manipulaci s následky a ovládání podnětu je neúčinnější, když vychází z přesvědčení, že udržení změny přinese udržení pocitu já, kterého si cení dotyčný klient a alespoň jeden pro něj významný člověk (Prochaska & Norcross, 1999).

Závěrem lze shrnout: účinná změna chování závisí na uskutečňování správných věcí (procesů) ve správnou dobu (stádia). Často však dochází ke dvěma nevhodným spojení procesů a stádií:

- Klienti (a kliničtí pracovníci) se opírají především o procesy změny, které se nejlépe hodí do **stádia kontemplace** – zvyšování vědomí, přehodnocení sebe sama – i když se už dostávají do stádia akce. Snaží se změnit chování cestou lepšího uvědomování si, což je typická výtka klasické psychoanalýze: samotný vhled nemusí nutně znamenat změnu chování.

- Klienti (a kliničtí pracovníci) se spoléhají především na procesy změny, které je nejlepší provádět ve **stádiu akce** – manipulace s následky, ovládání podnětů, protipodmiňování – aniž bylo dosaženo potřebného uvědomění, rozhodování a připravenosti,

tedy procesů určených pro stádia kontempace a přípravy. Snaží se změnit chování bez uvědomění, což je zase typická námitka proti radikálnímu behaviorismu: pozorovatelná akce bez vzhledu povede pravděpodobně pouze ke změně dočasné (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; cit. podle Prochaska & Norcross, 1999).

1.7.5. Úrovně změny

Z výše uvedeného bychom mohli nabýt pocitu, že se pohybujeme jen na symptomatické úrovni problému. V léčbě se sice můžeme zaměřit jen na určité symptomy nějakého „zlovyku“ nebo chování, ale to by nemělo větší terapeutický efekt, a změna by se nejspíše déle neudržela. Proto jsou další součástí TTM tzv. úrovně změny. Ty představují hierarchické uspořádání pěti odlišných, ale navzájem propojených úrovní, které mohou stát v pozadí bio-psycho-sociálních problémů.

Podle Prochasky et al. (1999) jsou tyto úrovně následující:

- Symptomy a problémové situace
- Maladaptivní kognitivní procesy
- Současné interpersonální konflikty
- Rodinné a systémové konflikty
- Intrapersonální konflikty

Jak uvádí Prochaska s Norcrossem (1999), existují tři základní strategie napříč různorodými úrovněmi změny.

První z nich je střídání úrovní. Terapie se ze začátku zaměří na symptomy a situace, které symptomy podporují. Pokud bychom byli schopni efektivně využít procesy změny a podařilo by se nám projít s klientem fázemi změny, mohla by psychoterapie dosáhnout úspěchu, aniž bychom museli přejít na hlubší analytickou úroveň. Pokud by se úspěch nedostavil, budeme pokračovat pomocí stejného algoritmu, ale o úroveň níže.

Druhou strategií je zaměřit se na klíčové úrovně. Existují jisté nesporné případy, u nichž by bylo mezi kliniky dosaženo vysoké konsenzuální validity (shody), co se týče příčin klientových problémů. Je tedy možné se přímo zaměřit na onu klíčovou úroveň.

Třetí možností je strategie maximálního dopadu. U složitých klinických případů je často zřejmé, že mezi příčiny, následky a udržující faktory problémů patří proměnné ze všech úrovní. Pro maximální účinek lze vytvořit intervence, které pacienta „přinutí k boji“ na všech úrovních změny.

Na tomto místě není prostor se podrobněji jednotlivými úrovněmi změny zabývat. Jde jen o to ukázat, že TTM je komplexní přístup, který se nesnaží zaměřit jen na symptomy, ale chápe rizikové chování v celé jeho složitosti.

Souhrnně řečeno, TTM vnímá terapeutickou integraci jako diferencovanou aplikaci procesů změny v určitém stádiu změny vzhledem k identifikované úrovni problému (Prochaska & Norcross, 1999).

1.7.6. Efektivita aplikace modelů na změnu chování

Z výzkumů jasně vyplývá, že aplikace všech námi probraných modelů na změnu lidského chování, je mnohonásobně efektivnější, než metody svépomocné nebo žádné (Norman, Abraham, Conner, 2000).

Výsledky studií, ověřujících efektivitu transteoretické terapie (TTT) při změně rizikového chování, jsou velmi povzbudivé. Manuál akcí transteoretické terapie byl testován ve studii s kuřáky, z nichž se většina za poslední dva roky pokoušela přestat s kouřením svépomocí. Testováním se po čtyřech týdnech zjistilo, že procento osob, které provedly akci a patřily ke klinickým skupinám TTT, bylo mnohem vyšší, než u skupin osob, kde TTT použita nebyla (58% vs. 23%). Po šesti měsících pak uvádělo 17% pacientů ze skupiny TTT, že nekouří ve srovnání s osobami z kontrolní skupiny „*svépomocné*“, kde nekouřila pouze 3% osob (Velicer a kol. 1998).

Dále ve studiích klientů léčících se svépomocí uvádělo 38% subjektů pracujících s manuálem TTT, že v uplynulém měsíci provedlo akci, oproti pouhým 17% subjektů v kontrolní skupině, (*kteřá manuál nevyužívala*). (Velicer a kol. 1998).

Zvláštním úkolem TTT je ovlivnit 99% bdělého času pacienta mezi jednotlivými sezeními s psychologem, lékařem, sestrou?. Jako efektivní se jeví vytvořit v domácím prostředí proveditelné intervence, které lidem umožní pracovat na svých problémech stejně dobře doma jako pod odborným dohledem terapeuta na klinice (Prochaska, Norcross, 1999).

V rámci transteoretické terapie byl vytvořen expertní počítačový systém, který je schopen lidem přes internet poskytnout zpětnou vazbu o jejich rizikovém chování. Analýzou vyplněného dotazníku člověk získá informaci o tom, ve kterém stádiu změny se nachází a které procesy změny využívá nedostatečně. Česká verze tohoto dotazníku viz. (Světlák, Kukleta 2004, 2005).

Z četných výzkumů (Prochaska, DiClemente, Velicer, Rossi, 1993; Velicer et al., 2000) vyplývá, že tento expertní systém je 2,5x efektivnější, než nejlepší léčebné programy pro odvykání kouření prováděné doma svépomocí.

Transteoretický model byl nejlépe ověřen na populaci kuřáků. Ověření jeho efektivnosti u jiných rizikových chování zatím čeká na rozsáhlejší studie, i když dle mého názoru není třeba o účinnosti tohoto modelu pochybovat. Za významné považujeme také aplikace TTT na problematiku stres managementu, tedy přístupu, který se snaží naučit lidi efektivně a tvořivě zvládat stresové situace a vyhnout se tak jejich negativnímu dopadu na lidské zdraví.

Výzkum v oblasti behaviorální medicíny a psychologie zdraví samozřejmě neustává a v posledních letech přináší stále nové poznatky o změně lidského chování.

1.8. Svépomocné metody

Sebeusměrňováním chápeme soubor metod a prostředků, které jsou potřebné a efektivní pro změnu vlastního chování.

Mahoney a Arnkoff (1979) (cit. podle Kaplan, Sallis, Patterson, 1993) rozlišují **pět metod změny jednání sebeusměrňováním**. Často se s nimi setkáváme pod názvem techniky sebeovládání, seberegulace nebo sebekontroly, což jsou termíny stejného významu. Jsou to:

- sebemonitorování
- stanovení cíle
- podnětová kontrola
- sebeposílení
- sociální opora
- procvičování jednání

1.8.1. Sebemonitorování

Sebemonitorování znamená, že si člověk vede záznamy o svém vlastním chování. Někdy se stane, že vám do ordinace přijde obézní pacient, který vám bude vyprávět, že toho sní velmi málo, ale přesto ne a ne zhubnout. Nemyslím si, že by si musel nutně vymýšlet, ale třeba si to jen nepamatuje. O to větší je jeho překvapení, když si začne o svém jídle vést podrobné záznamy. Stejně záznamy si můžeme vést i o tom, kdy se hádáme s druhými, o sportovním tréninku, kdy kouříme, kdy nás bolí hlava, kdy jsme nemohli usnout atd.

Pro poznámky tohoto druhu lze použít deník nebo záznamový arch, který lékař připraví tak, aby dostal od klienta všechny informace důležité pro analýzu jeho chování. Obrázek 4 je příkladem záznamového archu, běžně užívaného pro analýzu stravovacích návyků.

Datum	Čas	Místo	Jiní přítomní	Předcházející události, myšlenky, pocity	Co jsem jedl a kolik	Následující události, myšlenky, pocity	Poznámky

Obrázek 4 Záznamový arch – sebemonitorování stravovacích návyků

Informace obsažené v takovém archu jsou pak nepostradatelným podkladem pro tzv. **behaviorální analýzu**.

Sebemonitorování nám navíc poskytuje celou řadu údajů, které lze použít pro:

- zpětnou vazbu pro pacienta
- přesnější definování problémového chování
- analýzu kognitivních procesů
- analýzu spouštěčů chování
- analýzu následků chování

Velkou výhodou sebemonitorování je zvýšení zájmu pacienta o své problémové chování. Velmi často už samotné sebemonitorování vyvolá změnu chování, a to i ve fázích, kdy terapeut ještě žádnou neplánuje. Není výjimkou klientovo sdělení, že od té doby, co vyplňuje záznamový arch, vlastně už nemusí tolik jíst, kouřit, pít, aj. Samotný proces sebemonitorování je v přímém rozporu s automatismy. Zapisovat si své chování znamená být si ho neustále vědom.

Tento terapeutický účinek sebemonitorování je však dočasný. Sebemonitorování není dostačujícím programem behaviorální změny (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

1.8.2. Stanovení cíle

„Můžete mi, prosím, říci, kudy se mám odsud vydat?“

„To závisí do značné míry na tom, kam se chceš dostat,“ řekla kočka.

„Je mi celkem jedno kam....“, řekla Alenka.

„Pak je tedy jedno, kudy půjdeš,“ řekla kočka.

Alenka v říši divů, Lewis Carroll

Chtěl bych být šťastný, hubený, pracovitý, ohleduplný, empatický, společenský... Nezdá se vám, že s podobnými přáními a cíli jsme na tom velmi podobně jako Alenka při svém setkání s kočkou Šklíbou?

Těžko se můžeme dostat někam, když vlastně ani přesně nevíme kam. Je spíše pravidlem než výjimkou, že lidé fázi definování cíle změny přeskochí, čímž se už na začátku odsuzují k tomu, že se nikdy nedozví, zda-li mělo jejich snažení nějaký smysl. Čím přesněji a pozitivněji můžeme definovat, čeho chceme dosáhnout, a čím lépe naprogramujeme svůj

mozek k vyhledávání možností a rozpoznávání příležitostí, tím vyšší je pravděpodobnost, že toho, čeho cheme dosáhnout, skutečně dosáhneme (O'Connor, Seymour, 1998). V této kapitole popíšu tedy pravidla, která pomohou vám, tak i vašim pacientům jasněji definovat cíl, jehož chtějí dosáhnout.

O'Connor a Seymour (1998) vymezují následující kritéria dobře formulovaného cíle: (dobrou mnemotechnickou pomůckou je akronym „**POSERSE**“ (positive, own part, specific, evidence, resources, size, ecology framework)

- 1) Pozitivní
- 2) Vlastní úloha
- 3) Specifický
- 4) Smyslový důkaz
- 5) Zdroje
- 6) Velikost
- 7) Ekologický rámec

1.8.2.1. Pozitivní

Je snadnější, přiblížit se k tomu, co chcete, než vzdát se od toho, co nechcete.

Existuje zaručený způsob, jak vyrobit zlato z kamene. Vydejte se o půlnoci na hřbitov, vezměte libovolný kámen a položte jej před bránu hřbitova. Potom hřbitov třikrát oběhněte. Výsledek je zaručený. Jen nesmíte ani jednou pomyslet na hrocha!!!

Už tušíte, proč zlato z kamene nikdy nevyrobíte? Problém spočívá v tom, že po takové instrukci není možné na hrocha nemyslet.

Mozek totiž porozumí negativnímu jen převedením do pozitivního. Abyste se mohli něčemu vyhnout, musíte vědět, čemu se vyhýbáte, a udržovat to ve své pozornosti. Musíte na to myslet, abyste věděli, že na to myslet nemáte, stejně tak jako se musíte dívat na určitý předmět, do kterého nechcete narazit. Vše, čemu odoláváte, přetrvává (O'Connor, Seymour, 1998).

To je také důvod, proč je tolik těžké zanechat kouření – musíte neustále myslet na kouření, abyste mu odvykli.

1.8.2.2. Vlastní úloha

Vlastní úloha znamená, že výsledek, kterého chcete dosáhnout, závisí (*musí záviset*) jen na vás samých.

Žila byla jedna paní X, která se rozhodla, že začne pravidelně běhat. Aby na to nebyla sama, dohodla se s paní Y, že začnou běhat spolu. Vše bylo domluvené, ale v den, kdy měly poprvé vyběhnout, zavolala paní Y, že se jí to tento den bohužel nehodí. Příští den to dopadlo stejně, a tak stále dokola. Paní X nikdy sama běhat nešla, protože se sama styděla. V tomto místě náš příběh končí a jestli ještě paní X žije, neběhá dodnes.

Jediné, co nemůžeme ovládat, je chování druhých, a tak se nám může velmi často stát, že naše rozhodnutí skončí kvůli rozhodnutí někoho jiného.

1.8.2.3. Specifičnost

Kritérium specifičnost cíle je v blízkém vztahu k další podmínce, a tou je **4) smyslový důkaz**. Je nutné klienta vést k tomu, aby si svůj cíl představil nejkonkrétněji, jak to jen možné. Ptejte se: kdo, kdy, co a jak? Jak to poznám, že už jsem toho dosáhl? Co uvidím, uslyším a budu pociťovat, až to budu mít? Za jakých podmínek to chci? Za jakých naopak ne? Do kdy toho chci dosáhnout?

1.8.2.5. Zdroje

Máte všechno, co potřebujete pro dosažení cíle? Co budu ještě potřebovat? Co už mám? Při této analýze se může objevit mnoho dílčích cílů, které bude třeba řešit stejným způsobem. Když začnu pravidelně běhat, musím mít boty, čas a místo, kde to půjde.

1.8.2.6. Velikost

Požadovaný výsledek musí mít přiměřenou velikost. Vzpomeňte si na princip formování (shaping) z kapitoly o operantním podmiňování. Jestliže se rozhodnu, že začnu jíst méně smažených jídel, která mám tak rád, bude asi velmi nereálné se jich zřící ze dne na den. Reálné však je rozhodnutí, že si vyčlením jeden den v týdnu, kdy nebudu jíst žádné smažené

jídlo. Tak se můžeme postupně dostat do stavu, kdy budete jíst smažené jídlo jen jeden den v týdnu.

Cenné informace pro definování reálného cíle přináší tzv. **sebemonitorování**, na jehož základě získává klient odhad, které cíle jsou pro něj reálné a které nikoli.

Na druhou stranu by ovšem cíle neměly být příliš lehké splnitelné. Z vlastní zkušenosti možná víte, že cíle, které nejsou pro člověka výzvou, ztrácejí svou motivující složku. **Jde tedy o to, najít takový cíl, který bude reálný a zároveň dostatečně náročný.**

Obecně platí, že je lepší klást si krátkodobé cíle.

Bandura a Simon (1977) rozdělili skupinu obézních žen do čtyř skupin: 1. kontrolní skupinu; 2. ženy, které měly za úkol (sebe)monitorovat své stravovací návyky; 3. skupinu žen s krátkodobými cíli na každý den a 4. skupinu žen s cíli dlouhodobými na každý týden. Z výzkumu vyplynulo, že ženy, které si vytyčily krátkodobé cíle, měly větší váhový úbytek než ženy, které si stanovily dlouhodobé cíle. Nejmenší váhový úbytek pak zaznamenaly ženy ze dvou zbývajících skupin.

1.8.2.7. Ekologický rámec

Protože nežijeme v izolaci, je třeba o každém cíli uvažovat v celkovém kontextu našeho života. Je tedy na místě otázka, čeho bych se musel vzdát, nebo co bych musel přijmout, abych svého cíle dosáhl. Extrémní, i když běžný příklad neekologického cíle je rozhodnutí mladých dívek zhubnout a za tím si jdou, i když je jejich předsevzetí začne ohrožovat na životě.

Klinická praxe a výzkum jasně dokazují, že definice cíle (cílového chování, stavu, atd.) je důležitou součástí jakékoliv změny. Takto jasně vymezený cíl je pro nás i kontrolním mechanismem, tedy zpětnou vazbou, zda-li bylo naše úsilí efektivní. Je dobré ptát se pacienta, kolikrát už se sám pokoušel určité chování změnit. Jestliže už to zkoušel a jeho pokus skončil neúspěchem, je to pro nás informace o tom, kudy už se k cíli nevydat. Klienti se velmi často pokoušejí o změnu chování stále tím samým způsobem.

Jestliže budete dělat to, co vždy děláte, tak také vždy dostanete to, co vždy dostáváte. Jestliže to, co děláte nefunguje, udělejte něco jiného (O'Connor, Seymour, 1998).

1.8.3. Podnětová kontrola

Jedná se o další metodu seberegulace. Je to vlastně soubor určitých postupů, které mají změnit výchozí podmínky našeho jednání. Tyto výchozí podmínky mají tři zdroje: fyzikální prostředí, sociální prostředí a osobnost člověka.

Fyzikálním prostředím máme znaky, signály a různé charakteristiky, které mohou spustit naše chování. Tak jako dopravní značky regulují naše chování po dobu jízdy, může hospoda na cestě domů z práce svést abstinenta z původního záměru prořít život bez alkoholu.

Sociální prostředí je tvořeno všemi lidmi v našem okolí, kteří mají na naše chování nějaký vliv. Vzpomeňme na tendenci kuřáků nabízet cigarety čerstvému nekuřákovi.

Osobnostní prostředí je charakterizováno našimi myšlenkami, city a fyziologickými pochody, které rovněž ovlivňují naše chování. Napadne nás jistě spousta možností, jak efektivně modifikovat fyzikální a sociální podněty - spouštěče rizikové chování. Změnit však vnitřní podněty na úrovni osobnosti stále zůstává tím nejtěžším krokem na cestě ke změně chování.

Donald Meichenbaum (1977) vypracoval postup sebeinstruktážního výcviku, který učí lidi aktivně měnit svůj vnitřní dialog.

Zkuste si uvědomit, jak často vedeme tento vnitřní dialog a z čeho se skládá. Každý student-kuřák mi dá jistě za pravdu, že už během přednášky plánuje, jak si po jejím skončení před školou zapálí. Toto očekávání je ve skutečnosti záměr činnosti. Vzpomeňme si na model plánovaného chování Ajzena a Fishbeina. V rámci odnaučování by pak bylo žádoucí změnit nejen fyzikální a sociální prostředí, ale i vnitřní kognitivní procesy, které fungují jako spouštěče chování.

Základní tezí sebeinstruktážního výcviku je vystihnout myšlenky, které překážejí splnění vašeho cíle a vědomě je instruovat tak, aby jste svůj cíl neztratili ze zřetele. Pojdme si ukázat alespoň několik příkladů těchto sebeinstruktáží⁷.

⁷ Tato problematika bude podrobně probrána v přednáškách o kognitivně-behaviorální terapii.

Destruktivní myšlenky	Konstruktivní myšlenky
Není možné žít normálním životem, když mám cukrovku	Každý den udělám alespoň jednu věc, která mě potěší
Mám příliš mnoho práce, abych mohl pravidelně cvičit	Každý den si mohu najít čas aspoň na 15-minutovou procházku
Tato bolest je nesnesitelná	Je pro mě snazší snášet bolest, když myslím na něco radostného.

Tabulka 6 Příklady destruktivních a konstruktivních myšlenek

1.8.4. Sebeposilování

Sebeposilování se uplatňuje jako běžný typ posilování, s tím rozdílem, že si pacient sám určuje, kdy a čím k posílení dojde. Tato metoda se obvykle používá v prvních stádiích změny chování. Odměňujeme se za to, že se chováme žádoucím způsobem. Samozřejmě je nutné, aby si každý klient našel svůj osobitý způsob odměňování. Takovým posilovačem může být v podstatě cokoliv.

Zajímavou studii uskutečnil Bellack (1976). Jeho pokus prokázal, že symbolické posilovače jsou o mnoho účinnější, než se na první pohled zdá. Bellack během experimentu známkoval osoby s nadváhou podle toho, na kolik se v daném dni přiblížily ke stanovenému cíli. Ukázalo se, že známky skutečně motivují k úsilí snižovat hmotnost.

Jiným druhem posilovače může být i hodnocení sebe samého. Rčení, že samochvála „smrdí“ je z hlediska sebeposilování nesmyslná a zkušenost ukazuje, že je velmi často efektivním nástrojem změny.

Jako velmi účinný posilovač se jeví také grafické znázorňování našich dílčích úspěchů na cestě k cíli.

1.8.5. Podpora sociálního prostředí

Další metoda změny jednání sebeusměrňováním spočívá v získání podpory ze strany sociálního prostředí. Představa, že všichni z vašeho okolí ocení vaše počínání, je značně iluzorní. Pravděpodobně to tak nebude. Je proto nutné lidi ve svém okolí o pomoc požádat. Říci jim, co by pomohlo proces změny usnadnit.

Existuje také mnoho svépomocných skupin, kde se pravidelně scházejí lidé se stejnými problémy. Snad nejznámější skupinou tohoto druhu jsou anonymní alkoholici. Funkci těchto otevřených svépomocných skupin nelze brát na lehkou váhu. Tvoří důležitý a efektivní prvek pro změnu a podporu chování. Například v Brně vznikla svépomocná skupina osob, které podstoupily bandážování žaludku. Stejně tak lze založit svépomocné skupiny podobného druhu snad ve všech oborech medicíny. O pozitivním efektu jsem přesvědčen.

U skupiny osob léčené placebem napomáhá procesu změny skutečnost, že se tito lidé sami pro změnu rozhodli. Předsevzali si, že se změní, což také dokládá jejich nepřerušené docházení na placebo sezení. To jim poskytuje veřejné fórum, kde mohou svůj závazek oznámit. Obecně totiž panuje představa, že když se člověk k něčemu zaváže veřejně, bude se podle toho chovat s větší pravděpodobností, než když učiní pouze soukromé rozhodnutí (Prochaska & Norcross, 1999).

1.8.6. Procvičování jednání

Nedílnou součástí behaviorálních technik je také nácvik nově získaných vzorců chování. Na terapeutických sezeních se to obvykle uskutečňuje pomocí hraní rolí. Vyzkoušet si nové chování může člověk samozřejmě i mimo skupinu. Je to jako nácvik bojového umění, kdy se v tělocvičně připravujeme pomocí modelových situací na to, abychom pak mohli příslušnou techniku použít v reálné situaci.

Dobrým příkladem je **Meichenbaumův inokulační trénink**. Jde o jeden z nejznámějších programů na zvládnání stresu. Jeho cílem je rozšíření repertoáru technik chování jedince natolik, aby byl schopen vyrovnat se se stresem. Samotný trénink se skládá ze tří fází:

- 1) **Edukační fáze**: pacient dostává srozumitelné teoretické informace o stresu, přitom se ovšem výklad aplikuje na vlastní zkušenosti pacienta.
- 2) **Výstavba nových forem chování**: pacient zde nacvičuje některé konkrétní techniky zvládnání stresu, jako je svalová relaxace, kognitivní restrukturalizace, zvládnání zátěžových situací pomocí reinterpretace stresové situace atd.
- 3) **Aplikační fáze**, která sestává z konfrontace nových alternativ pacientova reagování s modelovými nebo skutečnými zátěžovými situacemi.

Závěr

Jak už jsem na začátku předznamenal, nebylo cílem těchto učebních textů předložit vyčerpávající výčet teorií a možných přístupů k problematice motivace lidského chování. Cíl byl daleko skromnější, tedy poskytnout studentům přehled možných způsobů uvažování o změně rizikových vzorců chování člověka. Práce je tedy spíše úvodem do problematiky, i když její četba vyžaduje již pokročilejší znalostní výbavu v oblasti psychologie.

Z prezentovaných informací je mi jasné, že v současné době neexistuje jeden výkladový model, který by byl schopen popsat složitost lidského chování nebo snad měl schopnost lidské chování bez výjimky predikovat. Spíše lze uzavřít, že všechny současné modely se vzájemně doplňují a každý z nich reprezentuje jen určité aspekty lidského chování nebo určitý časový horizont, kdy se chování vyvíjí.

Kuřácký návyk je na začátku ovlivňován jinými faktory, než kterými je po vzniku závislosti udržován. Adolescent začne kouřit v důsledku sociálního tlaku ze strany skupiny, napodobování důležitých osob v jeho okolí, přičemž tyto faktory v průběhu upevňování tohoto chování ztrácejí svou důležitost a ke slovu přichází rozvíjející se fyziologická závislost spolu s výsledky klasického podmiňování, tedy zákonitosti, které kouření udržují, aniž by kuřáka odměňovaly uznáním skupiny atd., jako tomu bylo na začátku. Tento příklad mimo jiné i ukazuje paradoxnost závislosti a to, že s rozvojem závislého chování klesá subjektivní potěšení z tohoto chování, ale roste jen craving, tedy bažení nebo pokušení toto chování dále vykonávat. Kuřák nebo člověk, který se impulzivně přejídá tak postupně ztrácí zisk z původního chování a je jen objetí puzení se určitým způsobem chovat, avšak bez radosti a svobodného rozhodnutí.

Rád bych na závěr podotkl, že je tento text jen součástí celého přednáškového bloku a teprve v kombinaci s přednáškami tvoří konzistentní celek. Nedílnou součástí dalšího studia je samozřejmě i doporučená literatura, která dále rozpracovaná výše prezentovaná témata.

Použitá literatura:

Bandura, A. (1968). Social learning theory. Prentice-Hall: Englewood Cliffs /cit. podle Hall, C.S., Lindzey, G. (2002). Psychologie osobnosti. Úvod do teorií osobnosti. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství/.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

DeVrise, H., Mudde, A.N. (1998). Predicting stage transition for smoking cessation applying the attitude social influence efficacy model. *Psychology and Health*, 13, 369-385.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Valesques, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The processes of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Jurnal of consulting and clinical psychology*, 59, 295-304.

Farrington, K. (2002). This is nicotine. London: Sanctuary Publishing.

Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V. (2003). Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Karolinum.

Hall, C.S., Lindzey, G. (2002). Psychologie osobnosti. Úvod do teorií osobnosti. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství.

Hunt, K. J., & Saunders, B. (1996). Alcohol problems and relapse: Can the clinic combat the community? *Jurnal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 213-221. / cit podle Rotgers, F., Keller, D. S., Morgernstern, J. (1996). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing /.

Kaplan R. M., Sallis J. F., Patterson T. L. (1993). Health and Human Behavior. New York: McGraw-Hill.

Králíková E., Kozák J. (1995). Lékaři a kouření. Praha: Medica revue, 2, 2, 8 –11.

Kukleta, M., & Baštecký, J. (1997). Behavioral medicine: A present definition. *Homeostatis*, 38, 96.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: SCAN

Mohapl, P. (1989). Vybrané kapitoly z klinické psychologie II. Olomouc : FF UP.

Možný, J., Práško, J. (1993). Úvod do kognitivně behaviorální terapie. Praha: Triton.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing.

Nakonečný, M. (1996). Motivace lidského chování. Praha : Academia.

Norman, P., Abraham, Ch., Conner, M. (2000). Understanding and Changing health behaviour. From health beliefs to self-regulation. Amsterdam : Harwood Academic Publishers.

Schwarzer, R. (1992). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Goetingen: Hogrefe /cit. podle Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál/

O'Connor, J., Seymour, J. (1998). Úvod do neurolingvistického programování. Praha: Institut pro NLP.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin. / cit podle Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing /.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1998). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114. / cit. podle Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing /.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114. / cit. podle Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing /.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychology, 12, 399 – 405.

Robinson, T.E., Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Research Reviews. 18, 247 – 291.

Rotgers, F., Keller, D. S., Morgernstern, J. (1996). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., et al. (2000). Using the transtheoretical model for population – based approaches to health promotion and disease prevention. Homeostasis in health and disease, 40, 174 – 195.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Abrams, D. B., Emmons, K. M., & Pierce, J. (1995). Distribution of smokers by stages in three representative samples. Preventive Medicine, 24, 401-411.

Výrost, J., Slaměnik, K. (2001). Sociálna psychológia. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství.

Doporučená literatura:

Hall, C.S., Lindzey, G. (2002). Psychologie osobnosti. Úvod do teorií osobnosti. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství.

Norman, P., Abraham, Ch., Conner, M. (2000). Understanding and Changing health behaviour. From health beliefs to self-regulation. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: SCAN