

Československá psychologie 2021 / ročník LXV / číslo 1
DOI: 10.51561/cpsych.65.1.1

VNÍMANÉ PŘEKÁŽKY VSTUPU DO PSYCHOTERAPIE

MICHAL ČEVELÍČEK, ADÉLA TARINOVÁ, TOMÁŠ ŘIHÁČEK

Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

ABSTRACT

Perceived barriers to entering psychotherapy

Objectives. The study aimed to explore which barriers adult people perceive when deciding whether to enter psychotherapy and how these barriers influence their decision to start psychotherapy.

Sample and setting. The sample consisted of 392 adult respondents who considered entering individual psychotherapy during the last five years. They completed a questionnaire on perceived barriers to entering psychotherapy, the phase of decision-making, and the severity of psychological symptoms.

Hypotheses. This was an exploratory study with the following questions: a) What is the perceived importance of specific barriers to entering psychotherapy? b) What groups (principal components) of barriers to entering psychotherapy can be identified? c) What is the relationship between the perceived importance of barriers and the decision to enter psychotherapy?

Statistical analysis. The number of barriers was reduced using PCA. The relationship of the decision-making phase to other variables was explored via multinomial regression analysis.

Results. The most severe barrier to entering psychotherapy were price, reluctance to express emotions in front of others and the assumption that one's problems were not as severe as the problems of people in psychotherapy. Respondents who decided not to enter psychotherapy were older, expressed more distrust of psychotherapy, and perceived it as more stigmatizing than those who contacted a therapist. Respondents who decided to enter psychotherapy (but who had not contacted a therapist) had less severe symptoms and perceived psychotherapy as more stigmatizing than those who contacted a therapist.

Study limitations. Limits of the study include a non-representative sample and the time window used for the retrospective rating of symptoms and barriers.

key words:

psychotherapy,
perceived obstacles,
decision to enter psychotherapy

klíčová slova:

psychoterapie,
vnímané překážky,
rozhodování o vstupu do psychoterapie

VNÍMANÉ PŘEKÁŽKY PŘI VSTUPU DO PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je účinná při léčbě řady duševních potíží (Campbell et al., 2013), pomáhá lidem zvládat obtížné životní situace a nabízí také možnost sebezvoje, který zvyšuje kvalitu života klientů (Bolier et al., 2013). Vyhledávají ji tedy jak lidé trpící duševními potížemi, tak lidé, kteří chtějí žít spokojenější život. Klienti se v psychotherapii mohou věnovat množství témat, jako jsou potíže v mezilidských vztazích, vztah k sobě samým, zvládání škodlivého chování, zpracování náročných zážitků nebo porozumění opakujícím se situacím ve svém životě. Řada lidí, jimž by mohla psychoterapie nejvíce prospět, však do psychoterapie nevstoupí, protože vnímají některé z řady překážek. Pomoc pro ně buďto není dostupná, nebo se k jejímu vyhledání neodhodlají.

Překážky vstupu do psychoterapie mají důležité praktické dopady. Příkladem je oblast poruch příjmu potravy, které jsou spojeny s nejvyšším rizikem úmrtí mezi všemi

Došlo: 4. 11. 2019; M. Č., Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Joštova 10, 602 00 Brno; e-mail: michal.cevelicek@gmail.com

Tato studie vznikla za podpory Grantové agentury České republiky, projekt č. GA18-08512S. Děkujeme všem kolegům, kteří se podíleli na tvorbě dotazníku a kteří pomáhali s jeho šířením.

duševními potížemi (Arcelus et al., 2011). Přesto pouze desetina až třetina lidí trpících poruchami příjmu potravy v rozvinutých zemích projde odbornou léčbou (Hoek, van Hoeken, 2003; Layard et al., 2012). Lidé s úzkostnými poruchami, které jsou nejčastěji se vyskytujícími duševními potížemi, získají odbornou péči v méně než čtyřiceti procentech případů (Alonso et al., 2018). Porozumění překážkám, jež vnímají lidé při zvažování vstupu do psychoterapie, je tedy důležité při snaze zvýšit podíl lidí, kteří tento druh pomoci vyhledají.

Tak, jako se různí důvody pro vyhledání psychotherapeutické pomoci, se liší také důvody, které vyhledání pomoci brání. Vnímání překážky můžeme rozdělit na dvě skupiny: praktické překážky a překážky související s přijatelností psychoterapie (Barbato et al., 2016; Mohr et al., 2006). Praktické překážky zahrnují fyzickou a finanční dostupnost, konkrétně dostupnost psychoterapie v přijatelné vzdálenosti od místa bydliště, cenu v soukromém sektoru, dostupnost psychoterapie hrazené v rámci veřejné zdravotní péče (od níž se odvíjí průměrná čekací doba od objednání do začátku psychoterapie), nebo počet sezení a typ potíží, pro které je psychoterapie hrazena systémem zdravotní péče. Nejvýznamnějšími překážkami zahrnutými pod přijatelnost psychoterapie jsou pak neochota sdílet vlastní potíže s ostatními lidmi a vyjadřovat emoce (Kim a Zane, 2016; Komiya et al., 2000; Nam et al., 2013; Vogel a Wester, 2003), stigma spojené s využitím odborné péče o duševní zdraví (Lannin et al., 2013; Vogel et al., 2007), postoje související s vyhledáním pomoci druhých lidí nebo preferencí svépomoci (Chandrasekara, 2016; Steele et al., 2007), posouzení závažnosti vlastních potíží vyžadujících odbornou péči (Cheng et al., 2018; Kim et al., 2016) a postoje související s očekáváním zisků a ztrát plynoucích z využití psychoterapie, včetně porozumění tomu, že zažívané potíže souvisí s duševním zdravím (Elliott et al., 2015; Shaffer et al., 2006; Vogel a Wester, 2003).

Překážkami vstupu do psychoterapie uváděnými nejčastěji a jako nejzávažnější jsou cena, časové možnosti a dostupnost služeb, vnímaná stigmatizace a neochota odhalovat ostatním lidem své těžkosti a emoce, preference spoléhání se při řešení potíží na sebe a postoje k psychoterapii, respektive hodnocení rizik (Altiere, 2009; Gulliver et al., 2010; Komiya et al., 2000; Mohr et al., 2006; Mohr et al., 2010; Vogel, Wester, 2003). Pořadí důležitosti vnímaných překážek se ovšem liší mezi různými studii, a tak považujeme za přínosné prozkoumat, které překážky za nejvýznamnější považují lidé uvažující o vstupu do psychoterapie v českém kontextu. Napříč studii se také různí počet faktorů, které byly identifikovány coby reprezentující odlišné podskupiny překážek. Například Mohr et al. (2006) identifikovali dva faktory, z nichž jeden odpovídá praktickým překážkám a jeden přijatelnosti psychoterapie. Mohr et al. (2010) však identifikovali hned 8 faktorů: vnímané stigma, nedostatek motivace, obavy z emočních dopadů terapie, negativní hodnocení psychoterapie, nesoulad terapie s vlastními potřebami, nedostatek času, omezené možnosti účasti (způsobené zažívanými potížemi nebo možnostmi dopravy) a dostupnost služeb. Cílem této studie je proto také zjistit, jaké podskupiny překážek můžeme identifikovat s využitím adaptovaného dotazníku u lidí uvažujících o vstupu do psychoterapie v českém kontextu.

Při rozhodování se o využití psychoterapie prochází lidé několika fázemi (Elliott et al., 2015). Pokud nás zajímá jednání směřující k zahájení psychoterapie, můžeme rozlišit tři fáze rozhodování: (1) respondent může apriori zavrhnout možnost vyhledat psychoterapii, (2) může o ní nezávazně uvažovat, aniž by podnikl jakýkoliv další krok, případně si může vyhledávat různé informace o psychoterapii, ale neodhodlá se kontaktovat konkrétního psychotherapeuta, nebo (3) kontaktuje psychotherapeuta a psychoterapii zahájí. Předpokládáme přitom, že v různých fázích rozhodovacího procesu mohou hrát významnou roli jiné překážky (Altiere, 2009; Elliott et al., 2015; Komiya et al., 2000; Mohr et al., 2010; Vogel a Wester, 2003).

Můžeme očekávat, že kromě vnímaných překážek bude pravděpodobnost vstupu do psychoterapie souviset také s mírou subjektivně zažívaných potíží, protože vyšší míra potíží zvýší motivaci k vyhledání psychoterapie. Některé studie ukazují, že zažívaná míra potíží skutečně může souviset s vyšší tendencí vyhledat odbornou pomoc (Deane a Chamberlain, 1994; Jackson et al., 2007). Novější studie ovšem spojují vyšší míru potíží s nižší ochotou vyhledat pomoc v důsledku nižší schopnosti rozpoznat závažnost svých potíží (Elliott et al., 2015). Další studie vztah mezi mírou zažívaných potíží a záměrem vstoupit do psychoterapie neprokázaly (Komiya et al., 2000; Vogel a Wester, 2003) a spíše ukazují, že vnímané překážky (například ochota k sebeodhalení) jsou spojeny s rozhodnutím vstoupit do psychoterapie spíše než úroveň potíží. Otázka, jakou roli hraje intenzita potíží, tak zůstává otevřená.

Cíle studie

Cílem této studie bylo prozkoumat, jaké překážky vnímají dospělí lidé v českém kontextu při rozhodování o vstupu do individuální psychoterapie. Studie odpovídá na následující otázky: a) Jak vnímají lidé závažnost jednotlivých překážek vstupu do psychoterapie? b) Jaké skupiny (hlavní komponenty) překážek pro vstup do psychoterapie můžeme identifikovat? c) Jak souvisí zažívaná závažnost vnímaných překážek s rozhodnutím vstoupit do psychoterapie?

METODA

Vzorek

Vzorek tvořilo $N = 392$ dospělých respondentů, kteří v období posledních pěti let před účastí ve výzkumu zvažovali zahájení individuální psychoterapie. Ve vzorku jsou zastoupeni obyvatelé všech krajů, nejvíce Hlavní město Praha a Jihomoravský kraj. Demografické charakteristiky vzorku jsou uvedeny v tab. 1.

Nástroje

Vnímané překážky při rozhodování o vstupu do psychoterapie. Jedná se o dotazník vlastní konstrukce obsahující 15 položek (viz tab. 2). Cílem tvorby vlastního dotazníku bylo zahrnutí důležitých položek a motivace respondentů k dokončení celé baterie díky snížení počtu vyplňovaných položek oproti zahraničním dotazníkům. Při formulaci položek jsme se opírali především o dva existující dotazníky, a sice *Perceived Barriers to Psychotherapy* (Mohr et al., 2006) a *Perceived Barriers to Psychology Treatment* (Mohr et al., 2010). Krátký dotazník Mohra et al. (2006) podle autorů neobsahuje některé důležité položky, zatímco v upraveném dotazníku (Mohr et al., 2010) s celkem 27 položkami faktor stigma zahrnuje 7 a praktické překážky jsou zastoupeny 8 položkami. Kvůli redukci nadbytečných položek jsme z těchto dotazníků vybrali sedm položek vnímaných v dosavadních studiích jako nejvýznamnější a dalších osm jsme přidali na základě konzultací s několika zkušenými psychoterapeuty. Skupina tří terapeutů (odlišných od autorů studie) se seznámila s dotazníky a vybranými položkami. Následně navrhovali položky, které považovali za nejrelevantnější a jež by v dotazníku neměly chybět. Výsledkem bylo přidání dalších 8 položek na základě konsenzu skupiny. Respondenti každou položku hodnotili na škále 1 (při rozhodování nehraje žádnou roli) až 7 (při rozhodování hrálo zásadní roli).

Klinické výsledky v rutinním hodnocení – verze pro obecnou populaci (GP-CORE). GP-CORE je 14položkový dotazník měřící úroveň aktuálně prožívaného distresu (Sinclair et al., 2005). Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku CORE-OM (česká verze viz Juhová et al., 2018) určenou pro obecnou populaci. Vnitřní konzistence

Tab. 1 Popis vzorku

<i>N</i>	392
<i>Věk (v letech)</i>	
Průměr (SD)	31,24 (8,81)
Medián	29
Rozsah	18-61
<i>Pohlaví</i>	
Ženy	318 (81 %)
Muži	74 (19 %)
<i>Vzdělání</i>	
ZŠ	20 (5 %)
SŠ bez maturity	7 (2 %)
SŠ s maturitou	112 (29 %)
VOŠ	16 (4 %)
VŠ	237 (60 %)
<i>Zaměstnání</i>	
Zaměstnanec	228 (58 %)
Podnikatel	37 (9 %)
Nezaměstnaný	18 (5 %)
Mateřská/rodičovská dovolená	29 (7 %)
Starobní důchodce	1 (1 %)
Invalidní důchodce	11 (3 %)
Jiné/neuvedeno	68 (17 %)
<i>Bydlí</i>	
Sám/sama	98 (25 %)
S partnerem/partnerkou	207 (53 %)
S rodiči	60 (15 %)
Jiné/neuvedeno	27 (7 %)
<i>Fáze rozhodování o vstupu do terapie</i>	
(A) O psychoterapii uvažoval/a, ale po určité době ji zavrhl/a	78 (20 %)
(B) Vstup do terapie zvažuje, ale terapeuta dosud nekontaktoval/a	118 (30 %)
(C) Kontaktoval/a terapeuta (zahájil/a terapii, případně čeká na první sezení)	196 (50 %)

celého dotazníku je podle původní studie $\alpha = 0,84$ pro klinickou a $\alpha = 0,87$ pro neklinickou populaci (Sinclair et al., 2005). U našeho vzorku bylo $\alpha = 0,88$. Respondenti v původním dotazníku hodnotí míru zažívaných potíží za období posledních sedmi dní. V naší studii jsme respondenty požádali, aby dotazník vyplnili tak, jak by na něj odpovídali v období, kdy se rozhodovali o vstupu do psychoterapie. Dále jsme se jich zeptali, o jak vzdálené období (v letech) se jednalo.

Demografický dotazník. V tomto dotazníku jsme zjišťovali pohlaví, věk, kraj, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání, vztahovou situaci, dřívější zkušenost s psychoterapií svou a svých blízkých (ano/ne). Dále jsme se respondentů dotázali, v jaké fázi rozhodování o vstupu do psychoterapie se v době vyplnění dotazníku nacházeli (1 = O psychoterapii jsem uvažoval/a, ale po určité době jsem ji zavrhl/a; 2 = Přemýšlím o tom, že bych do psychoterapie vstoupil/a, ale žádné kroky k tomu zatím nepodnikám; 3 = Chtěl/a bych vstoupit do psychoterapie, zajímám se o konkrétní informace /v čem psychoterapie spočívá, vyhledávání konkrétního psychoterapeuta/, ale

ještě jsem nekontaktoval/a žádného psychoterapeuta; 4 = Již jsem kontaktoval/a psychoterapeuta za účelem domluvení termínu sezení, psychoterapie ale ještě nezačala; 5 = Během posledních pěti let jsem na psychoterapii začal/a docházet; 6 = Tato otázka se mě netýká, o psychoterapii neuvažuji, ani jsem o ní během posledních pěti let nikdy neuvažoval/a). Respondentům, kteří na tuto otázku odpověděli variantou „6“, se žádné jiné otázky nezobrazily, neboť jejich zařazení do vzorku nebylo relevantní.

Pro účely statistické analýzy jsme pak tyto fáze agregovali do tří kategorií: (A) respondent o psychoterapii uvažoval, ale po určité době ji zavrhl (odpověď 1 v dotazníku), (B) respondent vstup do terapie zvažoval, ale nekontaktoval žádného terapeuta (odpověď 2 nebo 3 v dotazníku), a (C) respondent již kontaktoval terapeuta a případně zahájil terapii (odpověď 4 nebo 5 v dotazníku).

Postup

Dotazník byl distribuován elektronicky pomocí webové platformy LimeSurvey (LimeSurvey Project Team, 2015) hostované na Fakultě sociálních studií MU v Brně. Odkaz byl šířen pomocí sociálních sítí. Dotazník otevřelo celkem 668 respondentů. Z toho 32 jich uvedlo, že o vstupu do psychoterapie nikdy neuvažovalo, a proto byli ze vzorku vyřazeni. Ze zbývajících 636 respondentů jich 238 vyplňování dotazníku nedokončili. Návratnost vypočítaná jako podíl těch, kdo dotazník dokončili, z celkového počtu zařazených odpovědí, dosahovala 63 %. Z tohoto souboru byli dále vyřazeni respondenti, kteří uvedli, že psychoterapii absolvovali jinde než v České republice ($n = 1$), uvedli věk nižší než 18 let ($n = 3$), případně vzorec jejich odpovědi vykazoval zjevné známky neplatných odpovědí ($n = 2$).

Statistická analýza

Statistická analýza byla provedena pomocí programu R verze 3.4.4 (R Core Team, 2018). Za účelem redukce počtu proměnných zachycujících vnímané překážky jsme použili analýzu hlavních komponent (PCA; Henson a Roberts, 2006). Zvolili jsme šikmou rotaci (direct oblimin), neboť jsme očekávali mírné korelující komponenty. Počet komponent jsme stanovili pomocí Hornovy paralelní analýzy (Horn, 1965), Kaiserova pravidla (vlastní hodnota > 1) a sutinového grafu. Komponentové skóry byly získány na základě strukturní matice metodou Anderson-Rubin (DiStefano et al., 2009). PCA byla provedena pomocí balíčku psych (Revelle, 2016) a paralelní analýza pomocí balíčku nFactors (Raiche, 2010). Shoda výsledného modelu s daty byla též ověřena konfirmační faktorovou analýzou (CFA) prostřednictvím balíčku lavaan (Rosseel, 2012). CFA byla provedena na stejném vzorku jako PCA s cílem pouze doplnit informaci o shodě modelu s daty; nejedná se tedy o nezávislé ověření faktorové struktury.

Souvislost fáze rozhodování s dalšími proměnnými byla ověřována pomocí multinomiální regresní analýzy. Jako prediktory v modelu figurovaly proměnné pohlaví, věk, závažnost potíží (CORE-GP) a čtyři komponentové skóry získané pomocí PCA v předchozím kroku. Byly ověřeny předpoklady pro provedení analýzy, a sice linearita vztahu mezi kontinuálními prediktory a logaritmem pravděpodobnosti výsledku, nezávislost reziduí a multikolinearita prediktorů. Poněvadž proměnné závažnost potíží a první komponentový skór nespĺňovaly podmínku linearity, byly před provedením regrese dichotomizovány podle mediánu ($> \text{mdn}$ vs. $\leq \text{mdn}$). U proměnné závažnost potíží jsme zvažovali též rozdělení podle klinického hraničního skóru (Sinclair et al., 2005), ale jelikož 83 % našeho vzorku spadalo do klinického pásma, vedlo by to k výrazně nerovnoměrnému rozdělení. Regresní analýza byla provedena pomocí balíčku mlogit (Croissant, 2018) a car (Fox a Weisberg, 2011).

Vnímaná závažnost jednotlivých překážek

V tab. 2 jsou uvedeny deskriptivní charakteristiky položek zachycujících jednotlivé překážky. Položky jsou v tabulce seřazeny sestupně podle průměru. Z tabulky je patrné, že jako nejzávažnější překážka (ale také jako překážka s největším rozptylem hodnocení) je vnímána cena psychoterapie. Dalšími závažnými překážkami byly zábrany v odhalování emocí a zveřejňování svých problémů před jinými lidmi a také pocit, že vlastní potíže nejsou tak závažné jako potíže lidí navštěvujících psychoterapeuta. Jako nejméně relevantní při rozhodování se podle hodnocení respondentů naopak jeví vzdálenost psychoterapeuta od místa bydliště, nechut' na sobě něco měnit či odrazování respondentů ze strany okolí.

Stanovení hlavních komponent překážek

Abychom zredukovali počet proměnných zachycujících vnímané překážky, provedli jsme PCA. Podle Kaiser-Meyer-Olkinova kritéria, $KMO = 0,79$, lze data považovat za vhodná pro tento typ analýzy. Hodnoty KMO pro jednotlivé proměnné se pohybovaly mezi 0,66 a 0,84. Bartlettův test sféricity $\chi^2(105) = 1162,946$, $p < 0,001$, ukázal, že korelace mezi proměnnými jsou pro PCA dostatečně vysoké. Zvolili jsme čtyřkomponentové řešení, neboť na tomto počtu komponent se shodovala paralelní analýza, Kaiserovo pravidlo i sutinový graf. Položky č. 13 a 14 se ukázaly jako problematické, neboť sytily více komponent a také obsahově byly obtížně přiřaditelné k některé z výsledných komponent, a proto jsme provedli PCA znovu bez těchto dvou položek, výsledné řešení tedy tyto položky neobsahuje.

Tab. 2 ukazuje výsledné rotované řešení. První komponentu, syčenou položkami 2, 3 a 8, jsme pojmenovali *Nechuť k sebeodhalení*. Druhou komponentu, syčenou položkami 7, 11, 12 a 15 jsme nazvali *Praktické překážky*. Třetí komponentu, syčenou položkami 5, 6 a 9, jsme pojmenovali *Stigma spojené s psychoterapií*. Čtvrtou komponentu, syčenou položkami 1, 4, 10 a 13, jsme nazvali *Nedůvěra k psychoterapií*. Společně tyto čtyři komponenty vysvětlily 56 % rozptylu. Korelace mezi komponentami se pohybovaly v rozmezí $r = 0,03$ až 0,31. Shoda tohoto modelu s daty, ověřená pomocí CFA, dosahovala uspokojivých hodnot, $\chi^2(59) = 121,021$, $p < 0,001$, SRMR = 0,063, RMSEA = 0,056, TLI = 0,894. Vnitřní konzistence komponentových skóre vyjádřená Raykovovou omegou činila ve výše uvedeném pořadí $\omega_1 = 0,81$, $\omega_2 = 0,53$, $\omega_3 = 0,64$ a $\omega_4 = 0,43$. Cronbachova alfa pro celou 15položkovou škálu činila $\alpha = 0,76$.

Souvislost vnímaných překážek a rozhodnutí vstoupit do psychoterapie

Fázi rozhodování jsme se pokusili predikovat pomocí čtyř komponentových skóre získaných v předchozím kroku. Kontrolovali jsme přitom vliv demografických proměnných (pohlaví, věk) a závažnosti potíží v době rozhodování. Výsledky analýzy jsou prezentovány v tab. 3. Z výsledků je patrné, že žádný z prediktorů nevykazuje silný vztah k fázi rozhodování a celý model vysvětluje jen zanedbatelné procento rozptylu. Při prozkoumání statisticky signifikantních výsledků zjistíme, že respondenti, kteří po nějaké době zvažování možnost psychoterapie zavrhlí, byli většinou starší, častěji vnímali psychoterapii jako stigmatizující a vyjadřovali větší nedůvěru k psychoterapii než ti, kteří terapeuta kontaktovali. Dále zjistíme, že respondenti, kteří vstup do terapie zvažovali (ale terapeuta dosud nekontaktovali), vykazovali nižší míru potíží a častěji vnímali psychoterapii jako stigmatizující než ti, kteří terapeuta kontaktovali. Ostatní proměnné podle výsledků analýzy nehrály při rozhodování roli.

Tab. 2 Vnímané překážky: deskriptivní charakteristiky a analýza hlavních komponent

Vnímané překážky	Deskriptivy			Analýza hlavních komponent				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	K1	K2	K3	K4	kom.
7. Cena psychoterapie	4,22	2,14	4,00	-0,23	0,59	0,33	-0,18	0,51
3. Je mi nepříjemné ukazovat své emoce před druhými lidmi (pláč, vztek)	3,44	1,95	3,00	0,89	0,01	0,01	-0,09	0,76
9. Mé problémy nejsou až tak závažné, k psychoterapeutovi dochází lidé s většími problémy	3,32	2,03	3,00	0,13	-0,05	0,73	0,09	0,64
8. Nerad/a rozebírám své problémy s druhými lidmi (včetně rodiny, přátel)	2,95	1,92	2,00	0,74	0,00	0,08	0,08	0,64
2. Nechci o svých problémech a soukromých záležitostech mluvit s cizím člověkem	2,82	1,94	2,00	0,80	-0,03	0,06	0,09	0,72
1. Nevěřím v to, že by mi psychoterapie mohla pomoci	2,61	1,90	2,00	0,09	0,08	-0,09	0,72	0,55
4. Mám strach, že by se mé problémy mohly kvůli psychoterapii ještě zhoršit	2,47	1,74	2,00	0,03	0,18	0,16	0,43	0,29
11. Čekací doba při objednání	2,47	1,91	1,00	-0,13	0,65	0,07	0,20	0,48
12. Nedostatek informací o psychoterapii (jak psychoterapie probíhá, jak najít terapeuta, jak se objednat...)	2,44	1,86	1,00	0,19	0,44	0,08	0,28	0,38
5. Mám strach, co si ostatní pomyslí o tom, že docházím na psychoterapii	2,42	1,84	2,00	0,25	0,30	0,47	-0,18	0,45
6. Myslím, že každý by si své problémy měl umět vyřešit sám	2,40	1,71	2,00	0,06	-0,07	0,78	0,06	0,66
13. Bojím se, že by psychoterapie vyžadovala příliš mnoho úsilí z mé strany	2,36	1,60	2,00	NA	NA	NA	NA	NA
15. Vzdálenost psychoterapeuta od místa bydliště	2,22	1,79	1,00	0,12	0,77	-0,25	0,00	0,63
10. Nechci na sobě nic měnit	1,84	1,34	1,00	-0,06	-0,06	0,17	0,69	0,52
14. Jiný odborník nebo mí blízcí (známi) mi psychoterapii nedoporučují, nevěří, že by mi mohla pomoci	1,46	1,12	1,00	NA	NA	NA	NA	NA
Vysvětlený rozptyl				18 %	13 %	13 %	11 %	

Poznámka: Položky jsou seřazeny sestupně podle průměru. Pořadová čísla položek vyjadřují jejich původní pořadí v dotazníku. Tučně jsou zvýrazněny náboje položek vyšší než 0,40. K1 = Nechuť k sebeodhalení, K2 = Praktické překážky, K3 = Stigma spojené s psychoterapií a K4 = Nedůvěra k psychoterapii, NA = položka byla z výsledného řešení odstraněna (vysvětlení v textu).

Tab. 3 Multinomiální regresní analýza

	B(SE)	p	OR [95% CI]
<i>Zavrhl/a terapii (A) vs. kontaktoval/a terapeuta (C)</i>			
Intercept	-1,68 (0,86)	0,051	0,19 [0,04; 1,01]
Pohlaví	-0,21 (0,35)	0,545	0,81 [0,41; 1,61]
Věk	0,03 (0,02)*	0,025	1,04 [1,00; 1,07]
CORE-GP ^a	-0,36 (0,28)	0,206	0,70 [0,40; 1,22]
Nechuť k sebeodhalení ^a	0,34 (0,28)	0,231	1,41 [0,81; 2,45]
Praktické překážky	-0,10 (0,14)	0,464	0,90 [0,68; 1,19]
Stigma spojené s psychoterapií	0,29 (0,14)*	0,037	1,34 [1,02; 1,77]
Nedůvěra k psychoterapii	0,34 (0,13)*	0,010	1,41 [1,09; 1,83]
<i>Zvažuje terapii (B) vs. kontaktoval/a terapeuta (C)</i>			
Intercept	0,36 (0,77)	0,644	1,43 [0,32; 6,48]
Pohlaví	-0,28 (0,30)	0,354	0,76 [0,42; 1,37]
Věk	0,00 (0,02)	0,996	1,00 [0,97; 1,03]
CORE-GP ^a	-0,62 (0,25)*	0,011	0,54 [0,33; 0,87]
Nechuť k sebeodhalení ^a	-0,15 (0,24)	0,537	0,86 [0,53; 1,39]
Praktické překážky	0,06 (0,12)	0,605	1,06 [0,84; 1,35]
Stigma spojené s psychoterapií	0,29 (0,12)*	0,017	1,34 [1,05; 1,69]
Nedůvěra k psychoterapii	0,06 (0,13)	0,614	1,07 [0,83; 1,36]

Poznámka: $\chi^2(14) = 32,36$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,04$ (Hosmer a Lemeshow), 0,08 (Cox a Snell), 0,09 (Nagelkerke). * $p < 0,05$.

^a Proměnné byly dichotomizovány podle mediánu.

Hodnoty VIF se pohybovaly v rozmezí 1,01 až 1,15, multikolinearita tedy nepředstavovala v této analýze problém.

Další analýzy

Zajímalo nás, zda odpověď na otázku „Mé problémy nejsou až tak závažné, k psycho-terapeutovi dochází lidé s většími problémy“ souvisí se závažností potíží udávanou v dotazníku CORE-GP. Korelační analýza ukázala, že mezi proměnnými není žádný vztah, $r = 0,09$, $p = 0,08$.

Dále jsme ověřili, do jaké míry mohou být výpovědi o závažnosti potíží zkrasleny časovým odstupem, s nímž respondenti dotazník vyplňovali. Korelační analýza ukázala, že s čím delším odstupem respondenti dotazník vyplňovali, tím vyšší hodnoty měli tendenci udávat, $r_s = 0,19$, $p < 0,001$.

DISKUSE

Předložená studie se zaměřila na překážky vstupu do psychoterapie z pohledu dospělých lidí, kteří zvažovali v posledních pěti letech vstup do individuální psychoterapie. Cílem bylo zjistit, jak lidé v českém kontextu vnímají závažnost jednotlivých překážek, jaké skupiny překážek lze rozlišit, jak jednotlivé skupiny překážek souvisí s fází rozhodování o vstupu do psychoterapie a jak míra zažívaných psychických potíží souvisí s rozhodnutím vstoupit do psychoterapie.

Jako nejzávažnější překážka vstupu do psychoterapie se ukázala cena psychoterapie. Podobně jako v dřívějších studiích měla cena psychoterapie vyšší závažnost než další praktické překážky (Mohr et al., 2010), jimiž byly vzdálenost od místa bydliště

a čekací doba. Toto zjištění může napovídat, že respondenti nebyli zvyklí za péči o duševní zdraví platit jako za jiné služby, případně péči o duševní zdraví nepřipisovali vysokou hodnotu, proto cena hrála nejméně významnější roli. Současně může toto zjištění odrážet očekávání, že psychoterapie má být poskytována v rámci systému zdravotní péče, a tak cena psychoterapie v soukromém sektoru působí jako vysoká. Protože podobný poznatek se objevuje též v zemích, kde je placení za péči o duševní zdraví běžnější (srov. Mohr et al., 2010, 2006; Pepin et al., 2009), a hodnocení této překážky vykazovalo největší rozptýlení, můžeme předpokládat, že vnímání ceny jako překážky souvisí například také se socioekonomickým statusem lidí, kteří psychoterapii hledají (Pepin et al., 2009). Cena byla vnímána jako nejméně významnější překážka, přestože ve vzorku byli zastoupeni především vysokoškolsky vzdělaní lidé; jejich socioekonomický status však nebyl zjišťován, a tak nebylo možné tuto souvislost přímo prozkoumat.

V kontextu této studie je důležité, že se neprokázal vztah míry vnímaných praktických překážek, včetně ceny psychoterapie a fáze rozhodování o vstupu do psychoterapie (podobné zjištění napříč EU viz Barbato et al., 2016). Ačkoliv tedy lidé udávají cenu psychoterapie jako nejméně významnější překážku, neukázalo se, že by souvisela s jejich rozhodnutím psychoterapii zahájit. Vysvětlením chybějícího vztahu může být ale také situace, kdy právě lidé, kteří vnímají cenu jako nejméně významnější překážku, psychoterapii zahájí bezplatně v rámci systému zdravotní péče. Vnímání ceny jako překážky proto nemusí ovlivnit, zda do psychoterapie vstoupí.

Za cenou psychoterapie následovaly ve významnosti překážky týkající se projevu emocí před druhými lidmi a přijatelnosti mluvit o svých problémech s druhými lidmi. Překážky týkající se emoční otevřenosti a ochoty k sebeodhalení se tedy také v našem výzkumu zařadily mezi nejméně významnější, což koresponduje s výsledky zahraničních studií (Kim a Zane, 2016; Komiya et al., 2000; Vogel a Wester, 2003). Poněkud překvapivě se ovšem faktor nechuti k sebeodhalení neukázal v regresním modelu jako statisticky významný prediktor vstupu respondentů do psychoterapie. Rozdílné v této studii oproti dřívějším bylo zaměření na jednání, tedy skutečné kontaktování psychoterapeuta a zahájení psychoterapie, nikoliv na častěji zkoumané postoje nebo záměry k vyhledání odborné pomoci v oblasti duševních potíží (Kim a Zane, 2016; Nam et al., 2013). Přejít od fáze odmítnutí psychoterapie nebo zvažování vstupu do psychoterapie k fázi zahájení terapie také může být výrazněji spojen s podporujícími faktory, nikoliv s některými překážkami (Vogel a Wester, 2003), na které se zaměřovala tato studie.

Nedůvěra v psychoterapii, a především pak hodnocení možných rizik, se ukazuje jako faktor nejspolehlivěji předpovídající, zda lidé psychoterapii zahájí (Barbato et al., 2016; Elliott et al., 2015; Shaffer et al., 2006). Zjištění, že nedůvěra k psychoterapii (která sestávala z nedůvěry, že by psychoterapie mohla pomoci; neochoty na sobě nic měnit; a strachu z rizika, že by se mohly problémy kvůli psychoterapii ještě zhoršit) vedla častěji k odmítnutí psychoterapie i v naší studii, proto není překvapivé, že je však klíčové. Vzhledem k faktu, že u 83 % našich respondentů lze jejich potíže orientačně klasifikovat jako klinicky závažné, se jeví jejich nedůvěra v psychoterapii jako významná překážka v léčbě. Ukazuje význam informovanosti v oblasti duševního zdraví, jež je spojena se schopností rozpoznat, že některé potíže souvisejí s duševním zdravím a že psychoterapie může lidem s takovými potížemi pomoci (Campbell et al., 2013). Elliott et al. (2015) zjistili, že právě tyto dva kroky (tedy rozpoznání duševních potíží a rozhodnutí, že psychoterapie může pomoci) jsou nejobtížnější a trvají lidem nejdéle. Autoři proto doporučují, aby odborníci jednak informovali potenciální klienty či pacienty o obvyklé povaze a symptomech duševních potíží, a jednak o tom, co

psychoterapie obvykle obnáší, jaká jsou očekávání od klientů, co mohou sami čekat, a jaké jsou výhody a nároky psychoterapie.

Důležitost dovednosti rozpoznat povahu a závažnost svých potíží je podporována také zjištěním, že položka formulovaná „mé problémy nejsou až tak závažné, k psychoterapeutovi dochází lidé s většími problémy“ byla třetí nejvýznamnější překážkou (srov. Lannin et al., 2013; Vogel et al., 2007) a že mezi odpovědi na tuto položku a závažností potíží udávanou v dotazníku CORE-GP nebyl zjištěn vztah. Nezdá se tedy, že by respondenti, kteří měli závažnější potíže, častěji usoudili, že jejich potíže si zaslouží terapeutickou pomoc. Komponenta „stigma spojené s psychoterapií“, kam položka patří, zároveň odlišovala úplné odmítnutí psychoterapie i pouhé zvažování vstupu do psychoterapie od iniciativy směřující k jejímu zahájení, a tak měla reálný dopad na zahájení psychoterapie. Současně se ukázalo, že čím vyšší míru potíží respondenti zažívali, tím snáze se přesunuli z fáze odmítnutí terapie do fáze kontaktování terapeuta či zahájení psychoterapie. Rozpoznání závažnosti a povahy vlastních potíží jako zasluhujících psychoterapeutickou pomoc a celková závažnost potíží jsou tedy spojeny se vstupem do psychoterapie. Můžeme je považovat za faktory, které ovlivňují to, zda lidé vnímají potřebu psychologické pomoci. Absence vnímané potřeby je přitom hlavní problém bránící lidem napříč Evropskou unií získat odbornou pomoc s duševními potížemi (Andrade et al., 2014; Barbato et al., 2016), což podtrhuje důležitost snah o destigmatizaci péče o duševní zdraví, jmenovitě podporu ochoty vyhledat v případech zažívaných obtíží odbornou pomoc.

Limity studie

Jedním z omezení této studie jsou relativně nízká návratnost dotazníku a složení vzorku, jenž nelze považovat za reprezentativní pro populaci ČR. Vzorek zahrnuje především vysokoškolsky vzdělané lidi, výrazně převažují ženy. Pohlaví ale nebylo statisticky významným prediktorem dosažené fáze rozhodování vstupu do psychoterapie, a tak nerovnoměrné zastoupení mužů a žen ve vzorku zřejmě nehraje roli. Nejvíce jsou zastoupeni lidé, kteří zvažovali vstup do psychoterapie a také do ní vstoupili, zatímco lidé, kteří vstup zvažovali a psychoterapii zavrhlí, jsou zastoupeni podstatně méně, což mohlo vést k menší síle statistického testování. Tato nerovnováha mohla být způsobena samovýběrem participantů a vyšším zájmem o psychoterapii u těch respondentů, kteří do ní vstoupili. Protože nebyl zjišťován socioekonomický status participantů, nebylo též možné ověřit předpoklad, že praktické překážky, a především cena psychoterapie, mohou souviset se socioekonomickou úrovní.

Dalším omezením studie je využití retrospektivního dotazování, v jehož důsledku mohlo dojít ke zkreslení odpovědí, protože lidé odpovídající na dotazník si vybavovali, jaké překážky považovali za významné při rozhodování o vstupu do psychoterapie s odstupem dosahujícím až pěti let. Tento předpoklad podtrhuje také zjištění, že časový odstup, s nímž respondenti dotazník vyplňovali, kladně koreloval s mírou uváděných psychických potíží. Dotazování respondentů s kratším časovým odstupem tak může pomoci výsledky dále zpřesnit.

Důvodem, proč se některé z komponent neukázaly být významnými prediktory rozhodnutí vstoupit do psychoterapie, může být také nízká reliabilita některých komponentových skóre. Ta je dána jednak malým počtem položek syčících jednotlivé komponenty, a jednak tím, že dotazník nebyl primárně konstruován tak, aby měřil předem definované latentní faktory. Bohužel nemůžeme provést srovnání s reliabilitou škál původního Mohrova dotazníku (Mohr et al., 2006, 2010), neboť autoři tyto údaje neuvádějí.

Navazující výzkum

Navazující výzkum v oblasti vnímaných překážek vstupu do psychoterapie může pomoci vysvětlit zjištění, že míra zažívaných potíží nesouvisela s vnímáním vlastních potíží jako dostatečně závažných k vyhledání psychoterapie. Takový výzkum může vést k rozpoznání cest, jak můžeme lidem s duševními potížemi zprostředkovat sladění vnímané a reálné potřeby odborné pomoci. Adaptace zahraničního nástroje namísto kratšího dotazníku vytvořeného pro potřeby této studie může také pomoci přesněji srovnat kategorie vnímaných překážek s výsledky zahraničních studií a nabídnout podrobnější porovnání závažnosti dalších konkrétních překážek, které nebyly do našeho dotazníku zahrnuty. Rozdílem odlišujícím tuto studii od jiných výzkumů je zaměření na reálné jednání jako důsledek přemýšlení o vstupu do psychoterapie oproti měření postojů k využití odborné pomoci. Jak napovídají výsledky této studie, různé překážky mohou retrospektivně predikovat skutečné využití psychoterapie jinak než zaměření na otázku, zda by lidé psychoterapii využili. Zaměření na jednání se proto zdá být dalším užitečným směřováním výzkumu této oblasti.

ZÁVĚR

Nejvýznamnější překážky vstupu do psychoterapie vnímané lidmi, kteří v posledních pěti letech využití psychoterapie zvažovali, jsou cena psychoterapie, obavy z emoční otevřenosti, neochota k sebeodhalení a předpoklad, že jejich potíže nejsou tak závažné jako potíže lidí, kteří obvykle psychoterapii využívají. Z celkem čtyř zjištěných skupin překážek (tj. nechuť k sebeodhalení, praktické překážky, stigma spojené s psychoterapií a nedůvěra k psychoterapii) byly dvě spojeny s procesem rozhodování. Psychoterapii pravděpodobněji zavrhlí lidé, kteří jí nedůvěřovali nebo ji považovali za stigmatizující, zatímco lidé, kteří psychoterapii vnímali jako stigmatizující, častěji zůstali ve fázi zvažování vstupu do psychoterapie, aniž by pro její zahájení podnikli hmatatelné kroky. Tyto výsledky ilustrují, že představy potenciálních klientů o odborné pomoci a o svých vlastních potížích ovlivňují, zda pomoc vyhledají.

Podobně jako ve studiích dalších evropských zemí (Barbato et al., 2016) se tedy ukazuje, že důležitým faktorem, který rozhoduje, zda lidé využijí odborné pomoci, je informovanost o podobě psychoterapie a častých duševních potížích. Tomu odpovídá také zjištění, že lidé, kteří měli závažnější potíže, je nevnímali jako dostatečný důvod pro vyhledání psychoterapeutické pomoci častěji než lidé, kteří měli potíže mírnější. Odborníci na duševní zdraví tedy potřebují lépe porozumět tomu, proč někteří lidé do psychoterapie nevstoupí, ačkoliv trpí duševními potížemi. Vytvoření realistických představ o psychoterapii by mohlo napomoci k jejímu širšímu využívání těmi, kdo z ní mohou profitovat, a k méně častému odmítnutí této formy pomoci.

LITERATURA

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., ... Thornicroft, G. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety, 35*(3), 195-208.
- Altiere, M. J. (2009). *Intentions to seek therapy, attitudes, and stigma: An analysis of the theory of reasoned action* (Doctoral dissertation). Vyhledáno na <https://commons.emich.edu/theses/518>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine, 44*(6), 1303-1317.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724-731.

- Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., & Caldas De Almeida, M. (2016). *EU compass for action on mental health and wellbeing: Access to mental health care in Europe (scientific paper)*. European Commission. Vyhledáno na https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co02_en.pdf
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*(1), 1-20.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy, 50*(1), 98-101.
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling and Development, 96*(1), 64-74.
- Croissant, Y. (2018). mlogit: Multinomial logit models. R package version 0.3-0. Vyhledáno na <https://CRAN.R-project.org/package=mlogit>
- Deane, F. P., & Chamberlain, K. (1994). Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. *British Journal of Guidance and Counselling, 22*, 207-217.
- DiStefano, C., Zhu, M., & Mindrila, D. (2009). Understanding and using factor scores: Considerations for the applied researcher. *Practical Assessment, Research and Evaluation, 14*(20), 1-11.
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O., & Best, M. (2015). The process of seeking psychotherapy and its impact on therapy expectations and experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*(5), 399-408.
- Fox, J., & Weisberg, S. (2011). *An {R} Companion to applied regression* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage. Vyhledáno na <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry, 10*, 1-9.
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement, 66*(3), 393-416.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383-396.
- Jackson, H., Judd, F., Komiti, A., Fraser, C., Murray, G., Robins, G., ... Wearing, A. (2007). Mental health problems in rural contexts: What are the barriers to seeking help from professional providers? *Australian Psychologist, 42*(2), 147-160.
- Juhová, D., Riháček, T., Cígler, H., Dubovská, E., Saic, M., Černý, M., ... Evans, Ch. (2018). Česká adaptace dotazníku CORE-OM: Vybrané psychometrické charakteristiky. *Československá psychologie, 62*(1), 59-74.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*(1), 31-36.
- Kim, J. E., & Zane, N. (2016). Help-seeking intentions among Asian American and White American students in psychological distress: Application of the health belief model. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 22*(3), 311-321.
- Kim, J. E., Saw, A., & Zane, N. (2016). The influence of psychological symptoms on mental health literacy of college students. *American Journal of Orthopsychiatry, 85*(6), 620-630.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 47*(1), 138-143.
- Lannin, D. G., Guyll, M., Vogel, D. L., & Madon, S. (2013). Reducing the stigma associated with seeking psychotherapy through self-affirmation. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 508-519.
- Layard, R., Banerjee, S., Bell, S., Clark, D., Field, S., Knapp, M., ... Wessely, S. (2012). *How mental illness loses out in the NHS*. Vyhledáno na <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/cepsp26.pdf>
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey: An open source survey tool*. LimeSurvey Project Hamburg, Germany. Vyhledáno na <http://www.limesurvey.org>
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C., & Feldman, M. D. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine, 32*(3), 254-258.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L., & Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 394-409.
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(1), 37-45.

- Pepin, R., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2009). Intrinsic and extrinsic barriers to mental health care among community-dwelling younger and older adults. *Aging and Mental Health, 13*(5), 769-777.
- R Core Team (2018). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Vyhledáno na <https://www.R-project.org/>
- Raiche, G. (2010). nFactors: an R package for parallel analysis and non graphical solutions to the Cattell scree test. R package version 2.3.3.1. <https://CRAN.R-project.org/package=nFactors>
- Revelle, W. (2015). *Package "psych": Procedures for psychological, psychometric and personality research*. Vyhledáno na <http://personality-project.org/r/psych-manual.pdf>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1-36.
- Shaffer, P. A., Vogel, D. L., & Wei, M. (2006). The mediating roles of anticipated risks, anticipated benefits, and attitudes on the decision to seek professional help: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology, 53*(4), 442-452.
- Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connel, J., & Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling, 33*(2), 153-173.
- Steele, L., Dewa, C., & Lee, K. (2007). Socio-economic status and self-reported barriers to mental health service use. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(3), 201-206.
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 50*(3), 351-361.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40-50.

SOUHRN

Cíl. Cílem studie bylo prozkoumat, jaké překážky dospělí lidé vnímají při rozhodování o vstupu do psychoterapie a jak tyto překážky souvisí s rozhodnutím psychoterapii zahájit.

Soubor a metoda. Výzkumný soubor tvořilo 392 dospělých respondentů, kteří během posledních pěti let zvažovali zahájení individuální psychoterapie. Respondenti vyplnili dotazník zaměřený na vnímané překážky vstupu do psychoterapie, fázi rozhodování vstoupit do psychoterapie a intenzitu potíží.

Hypotézy. Studie měla explorační charakter, zaměřila se na následující otázky: a) Jak vnímají lidé závažnost jednotlivých překážek vstupu do psychoterapie? b) Jaké skupiny (hlavní komponenty) překážek pro vstup do psychoterapie můžeme identifikovat? c) Jak souvisí závažnost vnímaných překážek s rozhodnutím vstoupit do psychoterapie?

Statistická analýza. Množství překážek autoři nejprve redukovali pomocí analýzy hlavních komponent. Souvislost fáze rozhodování o vstupu do psychoterapie s dalšími proměnnými byla ověřována pomocí multinomiální regresní analýzy.

Výsledky. Jako nejzávažnější překážka byla vnímána cena psychoterapie, následovaly zábrany v odhalování emocí před ostatními a pocit, že vlastní potíže nejsou tak závažné jako potíže lidí navštěvujících psychoterapii. Respondenti, kteří zavrhlí vstup do psychoterapie, byli starší, vyjadřovali větší nedůvěru k psychoterapii a vnímali ji jako více stigmatizující než ti, kdo kontaktovali terapeuta. Účastníci, kteří vstup do terapie zvažovali (ale terapeuta nekontaktovali), vykazovali nižší míru potíží a vnímali psychoterapii jako více stigmatizující než ti, kdo kontaktovali terapeuta.

Omezení studie. Limity studie jsou nereprezentativnost výzkumného souboru a využití delšího časového rozmezí pro retrospektivní hodnocení úrovně potíží a významnosti překážek.