

Michalko, P. (2023). *Zmena preferencií u klientov s negatívnou terapeutickou skúsenosťou*. Diplomová práca, Masarykova Univerzita. In: https://is.muni.cz/auth/th/cqg0o/Michalko_diplomova_praca_final.pdf

1.1 Preferencie

Nezávisle na forme terapie ktorú klient podstupuje budú určitú úlohu či už pri jej výbere, alebo v neskôr v procese terapie hrať preferencie klientov. Akomodácia preferencií klientov sa stabilne ukazuje byť spojená s výsledkom terapie a silnejším terapeutickým vzťahom (Lindheim et al., 2014; Swift. Et al., 2011, Swift et. al., 2019). Preferencie klientov sa taktiež ukazujú byť klinicky významným prvkom, nakoľko klienti, ktorých preferencie neboli naplnené, prípadne klienti, ktorí nemali možnosť voľby mali takmer dvakrát vyššiu pravdepodobnosť, že predčasne ukončia terapiu (Swift. et al., 2019). Podobný trend pozoroval King et al. (2005), keď vo vyše polovici z tridsiatich štúdií zameraných na preferencie klienti, ktorí najprv súhlasili s účasťou v štúdií zmenili svoje rozhodnutie kvôli náhodnému pridelovaniu liečebných podmienok. Významnú rolu klientových preferencií uznávajú aj Norcross a Wampold (2019) keď v praktických odporúčaniach konštatujú, že terapeuti by mali prispôbiť proces psychoterapie jednotlivým klientovým transdiagnostickým charakteristikám. Ako jeden z demonštrovateľne efektívnych spôsobov adaptácie uvádzajú práve zohľadnenie klientových preferencií.

1.1 Podoby preferencií

Pod preferenciami sa vo všeobecnosti rozumejú vlastnosti terapie a aktivity ktorých prítomnosť v terapii si klient praje (Swift et al., 2011). Swift et al., (2011) ďalej rozlišujú tri široké kategórie, ktorých sa tieto vlastnosti a aktivity môžu týkať. Jedná sa o:

1. Preferencie aktivít

Preferencie aktivít zahŕňajú preferencie formy psychoterapie (e.g. individuálna vs skupinová psychoterapia...) a taktiež aktivity, ktoré si klient želá mať obsiahnuté v procese terapie, prípadne sa im vyhnúť (Swift et al., 2019). Klient si tak môže priať, aby terapeut používal expozície, dával domáce úlohy, prípadne by sa klient mohol chcieť vyhnúť interpretáciám a iným aktivitám.

2. Klientove preferencie ohľadom terapeuta

Môže sa jednať o demografické charakteristiky terapeuta (e.g. vek, pohlavie, etnicita...) ale taktiež o osobnostné vlastnosti, prípadne o jeho profesné charakteristiky (roky skúseností, vzdelanie v oblasti kultúrnych špecifik klienta...) (Swift et al, 2015; Swift & Callahan, 2010).

3. Klientove preferencie ohľadom typu liečby

Ide o preferencie ohľadom typu intervencie, ktorú chce klient podstúpiť. Môže sa jednať o preferencie farmakológie či iných typov intervencii (intervencie cez internet, pomocné skupiny...) oproti psychoterapií, či o preferencie typu psychoterapie (e.g. kbt, psychodynamická, na klienta orientovaný prístup....) (Tompkins et al., 2017; Swift et al., 2019).

Alternatívny pohľad na význam preferencií klientov má McLeod (Cooper & McLeod, 2011; McLeod, 2012; McLeod, 2013; McLeod, 2015). McLeod (2015) sa v svojej kritickej úvahe vyhradzuje voči konvenčnému poňatiu a operacionalizácií preferencií ako kognitívneho procesu odpovedania a výberu zo setu predom určených možností a aktivít. Podľa McLeoda (2012) sú klientove preferencie komplexné javy, ktoré nevyhnutne postihujú viacej dimenzií a nemôžu sa tak plne zhodovať s výskumnými konceptmi. Pre McLeoda (2013) sú preferencie vyjadrením klientového "vedenia" či "poznania" (knowledge), ktoré zahŕňa všetky formy organizácie informácií. McLeod tak upriamuje pozornosť na fakt, že neexistuje iba jedna forma poznania – napr. v Brunerovom (1986) poňatí sa môže jednať o paradigmatický modus poznania, ktorý je charakteristický objektívnymi informáciami, faktami a dobrými argumentmi, či komplementárny modus naratívny, pre ktorý je dôležitý dobrý príbeh, ľudská skúsenosť a význam utváraný organizáciou dôležitých udalostí v čase. Preferencie v tomto zmysle pre klienta môžu zohrávať rôzne významnú úlohu – môže sa jednať o formu jednoduchého, neosobného rozhodnutia na základe objektívnych informácií o jednotlivých terapiách a technikách, alebo sa taktiež môže jednať o integráciu dlhodobých osobných skúseností s jednotlivými formami terapie, spolu s objektívnymi informáciami o terapiách, ktoré vyústia do klientovho rozhodnutia o tom, ktoré aspekty terapie sú preňho dôležité a potrebné. Preferencie v tomto zmysle sú teda viac než len istá forma implicitnej tendencie vykonávať jeden set aktivít a a iné nie. McLeod (2015) taktiež zdôrazňuje spoluutváraný a premenlivý charakter klientových preferencií v ktorom preferencie vníma ako prejav pridelenia významu oblastiam, na ktorých mu záleží, ktoré preferuje a aktivít, ktoré sú prejavom tohto významu a ktoré je ochotný a pripravený podstúpiť, prípadne

oblastiam a aktivitám, ktoré by klienta mohli primäť terapiu ukončiť. Tieto oblasti sa podľa McLeoda (2012; 2015) v praxi stretávajú s preferenciami terapeuta a následne spolu musia ‘vyjednať’ aké prvky v terapií budú obsiahnuté. Toto poňatie klientových preferencií má podľa McLeoda (2015) množstvo praktických výhod – vyjednávanie, ako forma diskusie o preferenciách klienta núti reflektovať svoje skúsenosti, pomáha naväzovať dobrý terapeutický vzťah a drží terapiu viac ukotvenú v praktickom živote klientov.

1.2 Integrácia preferencií do terapie

Ako je možné zohľadniť preferencie klientov v terapií? Je dobré klientom vždy vyhovieť aj keď má terapeut pocit, že to čo klient chce, preňho nemusí byť vždy najlepšie? Norcross a Cooper (2021) odporúčajú štyri hlavné možnosti. Prvou a najjednoduchšou je prevziať a zakomponovať klientove preferencie do terapie, prípadne poskytovať preferovanú formu terapie. Pri adaptácii klientových preferencií je však dôležité to urobiť cestou, ktorá je v rámci kompetencií terapeuta, zhoduje sa s jeho klinickou skúsenosťou a výskumom v danej oblasti. Ak terapeut nedokáže do terapie plne implementovať klientove preferencie či už z dôvodu nezhody so svojou teoretickou orientáciou a klinickou skúsenosťou, nedostatočnej empirickej podpory, prekročovania svojich kompetencií alebo z iných dôvodov, mal by sa pokúsiť ich čo do najväčšej miery adaptovať. Adaptácia klientových preferencií väčšinou nadobúda formu kompromisu v jednej či viacerých z troch vymenovaných oblastí (klinická súhlasnosť, empirická podpora, klientove preferencie). Môže sa jednať o implementáciu klientovej preferencie v pozmenenej či zníženej miere, zmenu formy či sekvencovania liečebného plánu, suplementácie či dokonca aj zaradenie výskumom nepodporených aktivít (pokiaľ nemajú potenciál klientovi uškodiť) a iné (Norcross & Cooper, 2021). Pri implementácii a adaptácii preferencií klientov je však treba byť obozretný voči etickým zásadám a hraniciam svojich kompetencií. Ak klientove preferencie nie je možné v plnej miere implementovať a ani adaptovať, je na mieste klienta empaticky edukovať a informovať ohľadom možných alternatív jeho preferencií. McLeod (2012) taktiež navrhuje edukáciu ako jeden z postupov riešenia situácie, kedy klientove preferencie nie je možné adaptovať, nakoľko aj krátka edukácia môže viesť k zmene klientových postojov (Beshai, Watson, Meadows & Soucy, 2019). Ak nie je možná ani jedna z predchádzajúcich troch možností, je vhodné klienta edukovať ohľadom uplatnenia jeho preferencií v inom smere liečby, prípadne u iného terapeuta a ponúknuť mu kontakty, na ktoré sa môže obrátiť.

1.3 Preferencie a negatívne účinky

Terapeuti by sa právom mali klientom snažiť vyhovieť do takej miery, do akej im ich kompetencie, klinická skúsenosť a výskum v danej oblasti vyhovujú. Ako už bolo spomínané, niektoré preferencie klientov nie je vhodné v terapiách zohľadniť, nakoľko odporujú princípom prístupu založenom na dôkazoch (evidence based practice) či princípom etickým. Zároveň Norcross a Cooper (2021) odporúčajú zohľadňovať len silné preferencie (pozitívne aj negatívne) klientov. Existujú totiž kategórie klientov, pre ktorých zohľadnenie ich preferencií nezvykne byť až tak prínosné. Najmenší "zisk" zo zohľadňovania ich preferencií zvyknú mať medzi inými klienti, ktorí ešte nemajú skúsenosť s psychoterapiou (Norcross & Cooper, 2021) a klienti, ktorí preferujú "vlažný a podporujúci" prístup psychoterapeuta (Cooper, van Rijn, Chrissafidou & Stiler, 2022). Ďalšie kategórie klientov sú zase náchylné v rámci akomodácie svojich preferencií na dlhodobé negatívne následky. Jedná sa o diagnostické, osobnostné a kultúrne podmienené charakteristiky klientov, ktoré ich robia náchylnými k vytváraniu patologických vzťahov, neprejavovaniu či popieraniam svojich preferencií alebo k deferenciám terapeutovej expertnosti (Norcross & Cooper, 2021; Edwards et al., 2019; Sue et al., 2019). Nerozoznanie týchto charakteristík a implementácia preferencií týchto skupín klientov tak môže viesť k frustráciám, zabrzdeniu procesu terapie, predčasného ukončenia ale aj k pretrvávajúcim poškodzujúcim následkom, ako je závislosť na psychoterapeutovi a psychoterapiách. Tak ako sa môžu preferencie meniť v rámci terapie sa môže meniť aj ich vhodnosť pre klienta – ako príklad je možné uviesť preferenciu pre nedirektívny prístup, v ktorom sa klient nechce cítiť "tlačený" do zmeny, avšak po určitom čase, možno vďaka väčšej dôvere k terapeutovi, možno vzhľadom k pripravenosti na zmenu, sa jeho preferencia zmení – klient by potreboval viac direktívny, na praktické zmeny orientovaný prístup (Norcross & Cooper, 2021). Ak by však terapeut tento posun nezaregistroval a jednalo by sa o klienta, ktorý tieto preferencie nevyjadrí, mohlo by dôjsť nezhode medzi očakávaniami, preferenciami a potrebami klienta a ponúkanej terapií a tak k zabrzdeniu, či dokonca predčasnemu ukončeniu terapie.