

Šití terapie na míru klientům: Přizpůsobování se klientovým preferencím

Pavλίna Doležalová, Klára Vožechová

4. ročník, Psychologie, FF UK

Metodologická praktika

2016/2017



Obsah

1. Základní koncepty	3
1.1 Shared Decision Model	3
2.2 Šití psychoterapie na míru	3
2. V čem se klientovi můžeme přizpůsobovat?	4
3. Co říkají studie?.....	5
4. Jaké je možné použít metody ke zjištění preferencí a jaké jsou jejich dimenze?	6
4.1 Jaké preference vůbec klienti mohou mít?.....	6
4.2 TPF, TPF-A	6
4.3 C-NIP (The Cooper-Norcross Inventory of Preferences).....	7
5. Kdy zohlednit a kdy ne? – Rady pro zohledňování	8
6. Jakým způsobem zjištěné preference používat?	8
6. Co nám může zohledňování preferencí přinést dobrého?	8
7. Kde jsou nevýhody ve využívání a zohledňování preferencí?	9
Zdroje	10

1. Základní koncepty

1.1 Shared Decision Model

V současné době si experti začínají uvědomovat, že pacienti mají také své slovo v léčbě. Zohlednění přání pacientů může zvýšit podílení se na léčbě. Někteří autoři dokonce říkají, že je etickou povinností přivzít klienta k rozhodování o léčbě. Toto je nazýváno *Shared Decision Model* (Patel, Bakken, Ruland, 2008).

Tento model ve zdravotnické péči o psychické zdraví vychází z předpokladu, že v léčbě jsou dva experti – odborník, který za sebou má určitou praxi s obdobnými případy a má znalosti z vědy. Druhým je pacient, který má živou zkušenost s tím, jaké je to žít s určitou diagnózou, a který ví, co dává jeho životu smysl, cenu, cíl apod. Ve studiích se ukazuje, že klienti by si přáli být více zapojeni do rozhodování o své léčbě. V současné době to probíhá spíše tak, že se pacient jen dozví něco o své nemoci (Patel a kol., 2008).

2.2 Šití psychoterapie na míru

Pro přizpůsobování terapie klientům se používá různých výrazů – např. attunement, matchmaking, responsiveness, adaptation, customizing, tailoring, personalizing, individualizing atd. (Norcross, Wampold, 2011).

Existuje řada studií, které dokazují, že některé druhy psychoterapie fungují lépe u některých poruch. Není však dobré spojovat jen druhy terapií s diagnózami. Někdy je potřeba se zeptat, jaký pacient má jakou nemoc, než jakou má pacient nemoc. Cílem personalizace je zvýšení efektivity léčby tím, že přizpůsobíme terapii konkrétnímu člověku a jeho specifické situaci. To znamená, že vytváříme pro každého klienta novou terapii (Norcross, Wampold, 2011).

Někteří autoři dokonce říkají, že poskytovat stejnou psychosociální pomoc pro všechny klienty je neadekvátní a v některých případech přímo neetické. Přizpůsobování by mělo zvážit nejen léčebnou metodu, ale i terapeutický vztah. Toto přizpůsobování se klientovi by mělo být v terapii zvažováno, ale je pouze jedním z mnoha determinantů, jež mají vliv na úspěšnost léčby. (Norcross, Wampold, 2011).

2. V čem se klientovi můžeme přizpůsobovat?

- Je možné přizpůsobit se **diagnóze**, jak jsme o tom již psaly výše.
- Dále bychom měli brát v úvahu **stadium změny**, ve kterém se klient nachází (např. Geller, Dunn, 2011). Přehledný systém, jaké přístupy se hodí v jaké fázi, ukazuje tabulka Norcrosse, Prochasky (1999, str. 406):

Tabulka 15.4 *Integrace systémů psychoterapie v rámci transteoretického modelu*

Úrovně	Stadia změny				
	Prekontemplace	Kontemplace	Příprava	Akce	Udržení
Symptomová/situační	Motivační interview				Behaviorální terapie EMDR a expozice
Maladaptivní kognitivní procesy		Adlerovská terapie	RET Kognitivní terapie		
Interpersonální konflikty	Sullivanova terapie	Transakční analýza	Interpersonální terapie (IPT)		
Rodinné/systémové konflikty	Strategická terapie	Bowenova terapie		Strukturální terapie	
Intrapersonální konflikty	Psychoanalytická terapie	Existenciální terapie	Gestalt terapie		

- Klíčovým faktorem je i **kultura** (např. Hwang, 2009; Griner, Smith, 2006) a **mateřský jazyk** klientů. Hledáte-li motivaci učit se cizí jazyk, myslete při tom na vaše klienty. Je dokázáno, že jestliže je jim terapie poskytována v mateřském jazyce, je léčba dvojnásobně efektivní než v jiném jazyce (Griner, Smith, 2006).
- Vliv na průběh terapie má i **úroveň reaktance** – Beutler, Harwood, Michelson, Song, Holman (2011) provedli metaanalýzu 12 studií, v nichž zjistili, že pacienti, s nízkou úrovní reaktance získávají více z terapeutovy direktivity, výslovného vedení a více strukturované léčby, zatímco pacienti s vysokou úrovní resistance reagují lépe na nedirektivní terapii.
- Ukazuje se významnost **copingových stylů** u klientů. Externalisté dobře reagují na terapii, jež se orientují na symptomy a učí je novým dovednostem. Internalisté mohou naopak získat mnohem více ze vztahové terapie, kde se využívá introspekce (Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame, Blau, 2010).
- Dále můžeme klientovi přizpůsobit terapii dle jeho příslušnosti k **náboženství** či **pojmání spirituality**. Jak to vypadá? Například terapeut, který praktikuje takovou psychoterapii, může využít některé koncepty z těchto odvětví, například použít

modlitbu či náboženské představy. Vedle psychologických cílů může také pracovat s klientem na cílech spirituálních, jako např. být více jako Ježíš Kristus či více se držet Buddhových učení (Worthington, Hook, Davis, & McDaniel, 2011).

- Skrze práci s klientovými **očekáváními** můžeme také dosáhnout pozitivních výsledků. Jsou-li očekávání příliš ambiciózní, měl by terapeut upozornit, ale zároveň povzbudit k další práci. Jsou-li očekávání nízká, měl by terapeut klienta podpořit a inspirovat (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano, & Smith, 2011).
- Je možné všimnout si, že existují rozdíly mezi klienty s různými **způsoby attachmentu**. Díky znalosti způsobu attachmentu u klientů můžeme lépe porozumět jejich chování a tomu, jakým způsobem se k nám vztahují. Attachment může ovlivnit celý proces psychoterapie, vzájemné reakce a odpovědi terapeuta a klienta, kvalitu terapeutické aliance a výsledek celé léčby. Známe-li klientův způsob attachmentu, víme, jak pravděpodobně bude reagovat na léčbu a na terapeuta. Léčba u klientů s úzkostnou vazbou je delší a obtížnější, s klienty s jistou vazbou naopak rychlejší a s více pozitivními výsledky (Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011).
- A v neposlední řadě **preferencím klientů**, kterým se budeme v této práci zvláště věnovat. Tyto preference se mohou týkat:
 - požadované metody,
 - formy – individuální, skupinová, rodinná,
 - stylu vztahu – aktivní X více naslouchající,
 - charakteristik terapeuta,
 - délky léčby – krátká, střední, dlouhá (Norcross, Wampold, 2011).

3. Co říkají studie?

Swift a Callahan (2009) provedli metaanalýzu 35 studií, které se zabývaly působením preferencí klientů na výsledek terapeutické léčby. Zajímalo je, zda poskytnutí preferované terapie ovlivní předčasný odchod z léčby a výsledky terapie. Došli k tomu, že klienti, kterým se dostalo preferované léčby, odcházeli předčasně z léčby (drop-out) o třetinu až polovinu méně. Autoři dokonce spočítali, že bychom potřebovali 89 dalších studií se statisticky nesignifikantními výsledky, abychom mohli říci, že neexistuje efekt preference na ukončení terapie. A jaké byly proměnné, které do působení preferencí vstupovaly? Jestliže se pacient

rozhodoval mezi farmakoterapií a psychoterapií, mělo poskytnutí požadované léčby lepší výsledek, než jestliže se pacienti rozhodovali mezi dvěma formami psychoterapie. Limitací této studie jsou, že nevíme, jaké další proměnné se podílí na výsledném efektu léčby a vypadnutí z léčby – ve zkoumaných studiích totiž nejsou zkoumány vlivy věku, pohlaví a etnicity. Dalším problémem je, že pouze jedna studie zkoumala, jak silné jsou preference klientů. Je přeci jen rozdíl, jestliže se klient k něčemu pouze přiklání, nebo něco konkrétního jasně vyžaduje.

Lindhiem, Bennett, Trentacosta, McLear (2014) provedli metaanalýzu 34 empirických studií. Na základě jejich analýzy zjistili, že klienti, kteří byli zahrnuti do rozhodování o léčbě, mohli se rozhodnout o způsobu léčby nebo nějakým jiným způsobem obdrželi léčbu, kterou preferovali, vykazovali vyšší míru uspokojení z léčby, častěji léčbu dokončili, měli lepší výsledky v léčbě (tzn. větší snížení symptomů, růst objektivního či vnímané kvality života). Uspokojení preferencí klienta má skromné, leč prokazatelné účinky na zmíněné tři kategorie. Problematické u použitých studií je, že neznáme dlouhodobé účinky terapie po skončení léčby.

4. Jaké je možné použít metody ke zjištění preferencí a jaké jsou jejich dimenze?

4.1 Jaké preference vůbec klienti mohou mít?

Preference se mohou dotýkat těchto oblastí (Cooper, Norcross, 2016; Swift, Callahan, 2009):

- **Požadavky na terapeuta / Terapeutovy charakteristiky** – žena/muž, věřící,...
- **Způsob léčby** – různé školy a směry, např. psychoanalýza, KBT
- **Preference rolí v terapii** – na čí straně je direktivita,...

4.2 TPF, TPF-A

Bowens a Cooper (2012) zkoumali využívání dotazníků Therapy Personalisation Form (TPF) a Therapy Personalisation Form – Assessment (TPF-A) terapeuty a jejich výhody a nevýhody. Problematické na této studii se zdá, že terapeutů-respondentů bylo deset, z nichž

čtyři zatím ještě byli ve výcviku, tudíž se jejich zkušenosti a názory mohou v mnohém lišit od ostatních terapeutů. Došli k pozitivním i negativním aspektům používání těchto dotazníků.

Pozitivními aspekty pro terapeuty bylo, že mohli zjistit, co klient chce, získali svolení u uzpůsobení terapie pro klienta, byl pro ně zdrojem učení a reflexe, povzbuzoval a ujišťoval je v tom, co dělají, facilitoval supervizi. Přínosy pro klienta bylo z pohledů terapeutů to, že vzrostla jejich autonomie / volba / odpovědnost za terapii, posílila je, a umožnila klientům vyjádřit své pocity a myšlenky. Pro vztah bylo pozitivním, že posouval terapii dopředu, prohluboval vztah a usnadňoval spolupráci.

Negativními aspekty používání dotazníku pro terapeuty bylo, že zde byla hrozba přílišné sebekritiky a přílišného přizpůsobování se klientovi. Pro klienta mohl být dotazník příliš složitý a ve vztahu bylo viděno riziko, že by se mohl zdát dotazník příliš byrokratický a neosobní. Dotazníky jsou k dispozici ke stažení na adrese www.pluralistictherapy.com.

4.3 C-NIP (The Cooper-Norcross Inventory of Preferences)

Jedním z nových nástrojů je Škála Cooper-Norcross (Cooper, Norcross, 2016). Tito autoři říkají, že dosud nebyl vytvořen vyhovující nástroj pro zjišťování klientových preferencí, a to z toho důvodu, že současné nástroje pracují pouze s dichotomickými škálami, jsou příliš dlouhé či jejich škály neodpovídají realitě.

Autoři vytvořili tyto čtyři škály:

- direktivita klienta X vede terapeut (*Therapist Directiveness X Client Directiveness*)
- emoční intenzita X emoční rezervovanost (*Emotional Intensity X Emotional Reserve*)
- orientace na minulost X orientace na přítomnost (*Past Orientation X Present Orientation*)
- vstřícná podpora X výzva (*Warm Support X Focused Challenge*)

Tento test byl vytvořen, aby sloužil ke klinickému dialogu, není to formální psychologický test. Co se však může zdát problematické, vytváření dimenzí proběhlo na základě názorů a požadavků formulovaných vzorkem lidí, ve kterém se vyskytlo velké množství profesionálů z profesí spojených k duševnímu zdraví. Mohlo se tak objevit zkreslení dimenzí, které profesionálové na rozdíl od ostatních lidí vnímají. Autoři však říkají, že tyto čtyři dimenze nástroje konvergují s dalšími studii týkajícími se terapeutických aktivit a adaptacím terapie založených na výzkumu.

5. Kdy zohlednit a kdy ne? – Rady pro zohledňování

Z metaanalýzy Swifta a Callahana (2009) se ukazuje, že pozitivní výsledky přineslo přizpůsobování se u klientů s depresí, úzkostmi, užíváním návykových látek. Naopak malý efekt se ukázal u pacientů léčených se zdravotními starostmi a závažnými mentálními chorobami.

6. Jakým způsobem zjištěné preference používat?

Někteří pacienti nemusí vědět, mohou váhat, neví, co je vhodné, neznají možnosti, jaké jsou, nechtějí zpochybnit autoritu či znalosti terapeuta – ten by měl hledat cesty, jak tyto bariéry odstranit.

Callahan, Swift (2008) zformulovali doporučení pro zakomponování klientových preferencí do terapie:

- Je důležité si uvědomit, že každý klient je jedinečný a tudíž i jeho preference jsou jedinečné.
- Je vhodné zvážit klientovy preference před začátkem léčby. Toto zhodnocení by mělo zahrnovat role v terapii, terapeutovy charakteristiky a typy léčby.
- Terapeut by měl hledat cesty k překonání bariér, které brání klientovi vyjádřit své preference.
- V terapeutickém procesu by měly být klientova přání znovu oslovována – tj. klienti mohou své preference v průběhu terapie měnit.
- Přizpůsobit se klientovým preferencím, kdykoli je to jen možné.
- Jestliže je terapeut přesvědčen o tom, že klientovy preference nejsou pro něj to nejlepší, měl by tyto obavy s klientem sdílet, aby tak mohla být rozhodnutí v léčbě stále společná.

6. Co nám může zohledňování preferencí přinést dobrého?

- méně klientů, kteří předčasně ukončí léčbu – tzv. drop out (Swift, Callahan, 2009; Lindhiem a kol., 2014) → finanční příjem
- lepší výsledky léčby (Swift, Callahan, 2009; Lindhiem a kol., 2014)
- větší spokojenost klientů s léčbou (Lindhiem a kol., 2014)

- soulad se svědomím (je to etické) (Norcross, Wampold, 2011)
- posílení pracovní aliance - Tím, že klienta vezmeme do dialogu, i když jeho preference nemusíme pak plně respektovat, dáváme mu najevo, že nám na něm záleží (Hawthornský efekt), a tím posilujeme pracovní alianci (Cooper, Norcross, 2016).
- terapeut zjistí, co klient chce (Bowens, Cooper, 2012)
- zdroj učení a reflexe pro terapeuta (Bowens, Cooper, 2012)
- facilitace supervize (Bowens, Cooper, 2012)
- klient získává větší autonomii, možnost volby, stává se odpovědným za terapii (Bowens, Cooper, 2012)
- klientům umožňuje vyjádřit své pocity, myšlenky (Bowens, Cooper, 2012)
- posouvání terapie dopředu (Bowens, Cooper, 2012)
- prohlubování vztahu (Bowens, Cooper, 2012)
- usnadňování spolupráce (Bowens, Cooper, 2012)

7. Kde jsou nevýhody ve využívání a zohledňování preferencí?

- klient nemusí být schopen, nebo nemusí chtít formulovat, co od terapie chce (Cooper, Norcross, 2016)
- riziko přílišné sebekritiky u terapeutů (Bowens, Cooper, 2012)
- riziko přílišného přizpůsobení se klientovým preferencím, které nemusí vždy být vhodné (Bowens, Cooper, 2012)
- může působit byrokraticky, neosobně (Bowens, Cooper, 2012)
- může v klientovi vzbudit pocit, že nevíme, co děláme (Bowens, Cooper, 2012)
- velké nároky na terapeuta

Zdroje

- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/reactance level. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 133-142.
- Bowens, M., & Cooper, M. (2012). Development of a client feedback tool: A qualitative study of therapists' experiences of using the Therapy Personalisation Forms. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 14*(1), 47-62.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 184-192.
- Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 87-98.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 43*(4), 531.
- Hwang, W. C. (2009). The Formative Method for Adapting Psychotherapy (FMAP): A community-based developmental approach to culturally adapting therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 369.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 193-203.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLearn, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(6), 506-517.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 127-132.
- Patel, S. R., Bakken, S., & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current Opinion in Psychiatry, 21*(6), 606.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology, 65*(4), 368-381.
- Worthington, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 204-214.