

## KLIENT: ČASTO OPOMÍJENÝ ÚČINNÝ FAKTOR PSYCHOTERAPIE

### The client: often neglected helpful factor in psychotherapy

Eva Dubovská

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o., Praha, CZ; e-mail: eva.dubovska@centrum.cz

Psychoterapie. 14 (1), 6–16; ISSN 1802-3983

*Tato publikace byla podpořena z projektu GAČR 14-35577S a z větší části vychází z disertační práce autorky.*

#### ABSTRAKT:

Teoretická studie se věnuje faktoru klienta, který je někdy označován jako nejvíc opomíjený účinný faktor psychoterapie, a to hlavně v kontextu současného dění ve výzkumu psychoterapie, kterému stále dominuje tzv. medicínský model. Jako základní hybná síla faktoru klienta je zde představen koncept reflexivity a aktérství, a to zejména ve studiích Davida Rennicha ale i novějších studiích které hledají způsob, jak lze aktérství klienta v psychoterapii rozvíjet a podporovat. Prostor je dán také výzkumům motivace a vlastních strategií, se kterými klienti do terapie přichází a práci se silnými stránkami a zdroji klienta.

*Klíčová slova:* faktor klienta, aktérství, motivace, účinné faktory

#### ABSTRACT:

Theoretical study presents the client factor, according to some authors the most neglected therapeutic factor, mainly in the context of contemporary psychotherapy research dominated by the so-called medical model. The concept of reflexivity and

agency is presented as the fundamental essence of client factor, mainly in the studies of David Rennie and also more recent studies about how to strengthen and support the client's agency in psychotherapy. Further we review studies on client's motivation, client's own strategies in psychotherapy and on working with client's strengths and resources.

*Key words:* client factor, agency, motivation, helpful factors

Podle mnohých autorů se ve výzkumu psychoterapie opomíná nejdůležitější faktor – faktor klienta (Bohart & Wade, 2013; Bohart & Tallman, 2010, Duncan et al., 2004). A přitom právě takzvaný faktor klienta má ze všech terapeutických faktorů na úspěšnosti psychoterapie největší podíl, vysvětluje ze všech pojmenovaných účinných faktorů<sup>1</sup> největší část variance

<sup>1</sup> Účinné faktory nebo i společné faktory, terapeutické faktory jsou aspekty psychoterapie, které jsou společné, bez ohledu na teoretické směřování psychoterapie. Tato větev výzkumu psychoterapie se rozvíjí již od roku 1936, kdy společné faktory (common factors) pojmenoval Saul Rosenzweig. Teorie společných faktorů je dodnes jednou z nejméně diskutovaných teorií terapeutického procesu, hlavně v kontrastu k hlavnímu proudu výzkumu psychoterapie, kterým je v současnosti perspektiva léčby založené na důkazech

v efektu psychoterapie. Například Assay a Lambert (1999) přisuzují faktoru klienta 40% podíl na výsledku terapie, stejné číslo uvádí i Bohart a Wade<sup>2</sup> (2013). Duncan et. al. (2004) faktoru klienta (také včetně nevysvětlitelných externích vlivů) přisuzuje dokonce 86%. Podíl klienta na výsledku terapie může z velké části vysvětlit i tzv. „verdikt ptáka Doda“ ohledně srovnatelné účinnosti všech terapeutických směrů (Bohart & Wade, 2013; Fuertes & Williams, 2017).

Faktor klienta je zastřešujícím pojmem pro více fenoménů, osobnostních proměnných, psychických funkcí a schopností, které byly pojmenovány různými autory jako přispívající na straně klienta k lepšímu výsledku psychoterapie. Bohart a Tallman (2010) uvádějí na prvním místě sebeléčitelské schopnosti člověka, které jsou prezentovány častým úkazem spontánní remise – lidé se někdy dokážou vyléčit sami dokonce i z tak náročných podmínek, jako jsou posttraumatická stresová porucha či hraniční porucha osobnosti. Dalším střípkem do mozaiky tendence k samouzdravení u lidí jsou například fenomény resilience a posttraumatického růstu – v obou případech dochází po náročné epizodě v životě člověka k osobnímu růstu a zlepšení osobní pohody. Jako součást faktoru klienta se udávají také očekávání a placebo efekt, i když někteří autoři je uvádějí jako samostatný faktor (Lambert, 1992; Bohart &

Wade, 2013). Opakovaně se ukázalo, že očekávání klienta má vliv jak na výsledek psychoterapie, tak na její průběh (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006).

Největší důraz ale literatura klade na vlastní aktivní zapojení klienta do procesu psychoterapie, protože klientova vlastní aktivní práce v rámci terapeutického sezení či skupiny a také jeho reflexivní práce mimo psychoterapii je to, co ve skutečnosti změnu „dělá“. Jinými slovy účinná psychoterapie vytváří podmínky pro to, aby se klient mohl změnit sám.

V této souvislosti mnozí autoři vyjadřují údiv nad tím, jak malá část výzkumu psychoterapie se věnuje právě faktoru klienta v nepoměru k obrovskému počtu studií, které neustále srovnávají mezi sebou jednotlivé terapeutické školy a typy intervencí, i když bylo opakovaně prokázáno, že mají v podstatě srovnatelnou účinnost (Fuertes & Williams, 2017; Lambert, 2005). I když se o proměnných klienta dovíme mnohé z dalších oborů, zejména z psychologie osobnosti a psychologie zdraví (fenomény aktérství, resilience, zvládání, post-traumatického růstu) a také z pozitivní psychologie<sup>3</sup>, ve výzkumu psychoterapie stále ještě převažuje tzv. medicínský model (Bohart & Tallman, 2010; Řiháček, 2017), který používá tzv. léčebnou metaforu: psychoterapie je léčba patologické potíže anebo diagnózy a psychotherapeutické techniky jsou jako léky. Terapeut je expert, který diagnostikuje příčinu klientova dysfunkčního chování a předepisuje potřebnou dávku terapie. Efekt bude maximalizován, když se starostlivě

(Evidence Based Treatments). Pro společné faktory je příznačné, že jsou vzájemně provázané a jednotlivé konstrukty se navzájem ovlivňují a prolínají, zpravidla nikdy nefungují odděleně.

<sup>2</sup> Faktor „klient / život“ dle autorů zahrnuje kromě faktoru klienta také všechny externí vlivy na terapii (Bohart & Wade, 2013).

<sup>3</sup> Zde lze doporučit například významný text o pozitivní psychoterapii (Seligman, Rashid, & Parks, 2006).

vybere správný druh léčby pro danou poruchu. A jak autoři Bohart a Tallman svoji stať významně uzavírají: „Nadešel čas konečně říct tento příběh pravdivě a dát do centra pozornosti nejúčinnější a také nejzanedbávanější faktor: klienta.“ (Bohart & Tallman, 2010, s. 84).

Dále budou představeny některé studie, které významně přispěly k poznání toho, jak faktor klienta funguje a co z pohledu klientů v psychoterapii nejvíc pomáhá.

#### REFLEXIVITA A AKTÉRSTVÍ KLIANTA: VÝZKUMY DAVIDA RENNIEHO

Čestné místo ve výčtu studií o faktoru klienta si jednoznačně zaslouží studie profesora a na osobu zaměřeného terapeuta Davida L. Rennieho<sup>4</sup>, které se věnovaly vnitřním procesům na straně klienta. Rennie si jako metodu sběru dat zvolil Interpersonal Process Recall (IPR) (Elliott, 1986; Rennie, 1990). Dle této metody se klientům pustila audio- anebo videonahrávka sezení, které právě proběhlo, a klienti byli instruováni nahrávku zastavit vždy v momentech, kdy v sezení probíhalo podle nich něco smysluplného. Následně se o daných situacích s klientem vedl hloubkový rozhovor. Studie se účastnilo 14 klientů, kteří podstoupili individuální psychoterapii, výzkumné rozhovory běžně trvaly kolem dvou hodin, následně byly přepisy rozhovorů analyzovány metodou zakotvené teorie.

Z analýzy vystoupila jako ústřední kategorie reflexivita klienta, ukázalo se totiž,

že klienti nejčastěji zastavovali nahrávku v momentech, když byli v sezení v tzv. reflexivním módu, a tedy si něco uvědomovali, o něčem přemýšleli. Rennie reflexivitu chápe jako uvědomování si sebe sama, které zahrnuje i aktérství (agency). Vychází z filozofie Johna Searla a doplňuje tím předchozí definice reflexivity, jako obrácení se k samému sobě, o dimenzi intencionality.<sup>5</sup>

V první publikované studii (Rennie, 1990) byly představeny tři analytické kategorie: 1. klientův vztah k osobnímu významu; 2. klientovo chápání vztahu s terapeutem; 3. uvědomění si výsledků terapie. Výsledky ukázaly, že terapeutické sezení klientům poskytuje možnost soustředit se na sebe, přičemž si reflexivně „prohlížejí“ své pocity a uvědomují si související „zóny tenze“. Pokud si některou zónu tenze klienti vyberou, začínají se jí intenzivně zabývat a mají pocit, jako kdyby byli ve vleku myšlenek (train of thought) a na určité myšlenkové cestě (client's path). Klienti se pak rozhodují, jestli ohrožující téma otevřou, minimalizují, pozmění anebo odloží napříště. V tomto případě klienti preferují, když terapeut jenom podporuje jejich myšlenkovou cestu a neruší je (Rennie, 1990).

Zajímavé také je, kolik se toho děje v mysli klienta, zatímco „normálně“ interaguje s terapeutem, vnitřní dialog se podle všeho odehrává většinu času sezení. Výhodou

<sup>5</sup> Srov. většina současných autorů v oboru výzkumu psychoterapie používá konstrukt aktérství (agency) ve smyslu definice A. Bandury. Bandura popisuje aktérství jako kapacitu uplatnit kontrolu nad svým myšlenkovým procesem, motivací a akcí (Bandura, 1989), chovat se aktersky znamená vědomě ovlivňovat svoje fungování a životní okolnosti. Hlavní vlastnosti aktérství jsou intencionalita, uvážlivost anebo schopnost dívat se dopředu (forethought); sebe-reaktivita a sebe-reflexe (Bandura, 2006).

<sup>4</sup> D. Rennie byl sám PCA terapeut a také zmíněná IPR studie se zabývají procesem PCA terapie, proto je potřeba zohlednit, že výsledky těchto studií mohou být ovlivněny preferovaným přístupem autora i terapeutů.

toho, že klienti nemusí (ani nemohou) sdělovat všechno, co jim při terapii „běží hlavou“, je například to, že si klienti mohou pohrávat se svými myšlenkami. Nemusí tak riskovat, že by měli sáhodlouze vysvětlovat nějakou nehotovou vynořující se myšlenku, u které ještě sami nevědí, jestli se jí chtějí víc věnovat.

Ve vztahu k terapeutům se ukázalo, že klienti si uvědomují, že terapeuti nejsou vždy na stejné vlně anebo na stejné myšlenkové „stezce“ jako klienti. Reakce terapeutů, které jsou v rozporu s tím, co právě probíhá na straně klienta, vytrhnou klienta z jeho myšlenkové cesty a klient se začne intenzivně zabývat tím, co terapeut právě řekl. Pokud klient celkově přijímá směr, kterým se ubírá jeho terapie, dokáže tolerovat občasné nepochopení, a to tak, že buď ignoruje terapeuta v jeho rušivé poznámce a pokračuje ve své myšlenkové cestě, anebo se přizpůsobí terapeutovi a pokračuje v jeho cestě. Klienti si uvědomují, že povaha psychoterapie je velmi komplexní, a proto neočekávají, že budou terapeuti pokaždé přesně reagovat, jinými slovy určitý „zabitý čas“ v sezení je tolerován.

Pokud se ale rušivá reakce terapeuta vyskytne v situaci, kdy má klient zároveň pochybnosti o terapeutickém plánu jako takovém, spouští intenzivní vlnu ambivalentních myšlenek. Klienti takové momenty popisují jako vrchol ledovce, jedna reakce terapeuta vlastně v dané chvíli prezentuje pro klienta celý problematický terapeutický postup. Klienti se mohou cítit omezení a pod tlakem, snaží se pochopit terapeutův referenční rámec, který vedl k takové reakci, zároveň ale přemýšlejí o pozitivních aspektech terapeutického vztahu. Může se stát, že klienti následkem jedné rušivé re-

akce ze strany terapeuta o tomto přemýšlejí po celý zbytek sezení (Rennie, 1990).

V dalších studiích se Rennie věnoval analýze stejných dat, ale vždy z jiných úhlů pohledu. Ve studii „The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy“ (2001) se zaměřil na to, jak klienti vědomě ovlivňují směr terapie.

Kromě jiného se zde ukázalo, že někteří klienti dokážou terapeuty manipulovat k takovým reakcím, jaké potřebují. Zajímavý je případ klientky, která si vymyslela sen jenom pro to, aby se vyhnula případnému rozhovoru o plnění domácího úkolu, který jí terapeutka zadala na předchozím sezení. Sen vymyslela záměrně takový, aby v něm působila jako radostná a neproblémová, protože měla dlouhodobě pocit, že terapeutka jí pokládá za neurotickou. Jiná klientka zas dotlačila terapeuta k tomu, aby jí sdělil, co by dělal na jejím místě v určitých situacích, a tak se jí povedlo upevnit si důvěru ve vlastní sociální schopnosti (Rennie, 2001).

David Rennie se také věnoval fenoménu, který lze popsat jako opakované přizpůsobování se klienta terapeutovi z důvodu úcty k němu (deference) (Rennie, 1994). Deference se dá popsat jako podřízení se názorům, pravidlům, vědomostem atd. další osoby, z důvodu, že tyto názory, vědomosti pokládá člověk za nadřazené. Deference se vynořila v datech jako významná analytická kategorie zahrnující pocity klientů v případech, kdy nějakým způsobem nesouhlasili s terapeutem. V analýze se ukázalo, že pokud klienti s terapeutem nesouhlasili ohledně použitých metod anebo směru terapie, málokdy to dali najevo, a to z různých důvodů. Jednak nechtěli ranit terapeutovy city, někteří měli také pocit, že kritizovat

terapeuta není slušné. Někdy též měli pocit, že terapeut je odborník, který asi ví, co dělá, a tak, i když se jim to nelíbilo, snažili se pochopit terapeutův referenční rámec. Autor dále interpretuje výsledky tak, že klienti se prostě cítili být v roli pacienta, který dostává léčbu a nemá ji zpochybňovat. To ale neznamená, že úplně vymizelo jejich aktérství, to se skrytě projevovalo právě pochybnostmi, anebo tím, že řekli jednu věc a mysleli si druhou. Případně z toho, co terapeut říkal, si vybírali selektivně, o co se budou zajímat a co budou ignorovat (Rennie, 1994).

Podobné výsledky ohledně přizpůsobení se a snahy naplnit očekávání terapeuta se objevili také v jiné IPR studii s klienty s generalizovanou úzkostnou poruchou, kteří podstoupili KBT a MB-KBT terapii (Morrison et al., 2017). Ve srovnání s IPR výzkumy D. Rennieho může překvapit, že klientům v této studii například nevadilo narušení jejich myšlenkové „stezky“ ze strany terapeuta – dle výsledků studie to nijak výrazně netematizovali, jedna klientka dokonce prohlásila že „má ráda když se terapeut něco ptá, protože je to tak rozdílné od monologu, který jí běží v hlavě“.

#### JAK PODPOŘIT AKTÉRSTVÍ KLIENTA?

Dnes panuje obecně shoda na tom, že aktérství je jednou z nejdůležitějších ingrediencí faktoru klienta a že v procesu psychoterapie je potřebné vytvořit podmínky pro to, aby se aktérství u klientů mohlo posilovat (Bohart & Tallman, 2010; Williams & Levitt, 2007). Zde budou představeny dvě výrazné studie, které se vydaly tímto směrem zkoumání.

Williams a Levittová (2007) uskutečnili

studii zaměřenou na otázku, jak co nejlépe podpořit aktérství klienta. Realizovali rozhovory na toto téma se 14 uznávanými psychoterapeuty různých směrů, mezi účastníky studie najdeme jména jako Arthur Bohart, Donald Spence, David Rennie, Les Greenberg, Robert Neymeier a další. Data byla analyzována metodou zakotvené teorie a výsledkem byly tři hlavní kategorie:

1. Pomáhat klientům k většímu aktérství formou posilování dovedností vlastního rozhodování, přebírání odpovědnosti za to, co se odehrává v terapii, větší introspekci a angažování se v řešení svého problému.
2. Akceptace anebo posunutí limitů – objevit, co je a co není změnitelné: klienti se potřebují naučit rozeznat interní a externí překážky, které jim brání uskutečňovat změny, můžou to být například omezující přesvědčení, návyky.
3. Případné obstrukce procesu terapie na straně klienta<sup>6</sup> využít na posilování uvědomování a objevování, v momentech konfliktu se koncentrovat na potřeby klienta. Dle některých účastníků je užitečné také konfrontovat klienty ohledně chování, které jim způsobuje problémy v životě (Williams & Levitt, 2007).

Další aktuální studie hledala odpověď na otázku, jaké terapeutické strategie na začátku léčby nejvíce pomůžou v posílení aktérství u klientů, kteří mají obecně nízkou úroveň aktérství (Lippe & Oddli, 2019). Autoři studovali nahrávky terapeutických

<sup>6</sup> Někteří, zejména psychodynamicky orientovaní, účastníci studie tematizovali práci s odporem.

sezení dvou skupin klientů s nízkým aktérstvím. Zatímco první skupina klientů dosáhla klinicky významného zlepšení, druhá skupina se nezlepšila vůbec. Data byla analyzována metodou zakotvené teorie.

Výsledkem studie je popis terapeutických strategií, které podporují změnu u klientů s nízkým aktérstvím:

1. Zaměření se na tady a teď a na emočně silné momenty – doptávání se na specifické epizody, pokud klient mluví obecně; prozkoumávání emočně laděných témat; zaměřování se na momentální pocity.
2. Citlivost k perspektivě klienta – validace a reflektování zkušenosti klienta; zájem o to, jak klient sám věcem rozumí; dvojitá kontrola, jestli terapeut klientovi správně porozuměl; citlivost pro ambivalenci anebo nesouhlas.
3. Podpora společné kooperace, zdůraznění „týmové práce“, například i používáním záměn „my“, namísto „vy“. Terapeuti podporují možný vliv klienta na průběh dialogu i tím, že formulují svoje dotazy hypoteticky, zeptají se na dovolu klienta přerušit, vždy se snaží vysvětlit důvod své otázky, vyhýbají se expertní pozici.
4. Podpora klientova aktivního zapojení se – terapeuti předpokládají, že klient bude rozhodovat o tom, co se bude v terapii dít, a to si neustále ověřují, poukazují na klientovy úspěchy v kontrastu k jeho sebe-snižování, předjímají další práci, do které klienta zapojují (například „přemýšlejte o tom do příště“).

Naopak ve skupině klientů, kterým léčba nepomohla, byly identifikovány terapeutické

strategie odrazující klienta od aktivního zapojení se do práce na změně. Byla to především dominance terapeuta ve vedení dialogu, necitlivost k náznakům ambivalence ze strany klienta, orientace na obecné informace, symptomy apod., namísto emočně silných témat klienta, často i ignorování emočně silných témat, slabá snaha porozumět klientovi, přerušování klienta (Lippe & Oddli, 2019).

#### KLIENTSKÉ TEORIE ZMĚNY: STRATEGIE A PŘESVĚDČENÍ KLIENTŮ OHLEDNĚ PRŮBĚHU TERAPIE

Opakovaně se ukazuje, že klienti si v průběhu psychoterapeutického procesu vytvářejí své teorie a přesvědčení o tom, jak by měla terapie probíhat a co je v terapii důležité, co funguje, případně co by mohlo klientovi pomoci (Duncan et al., 2004; Mackrill, 2008). Některé studie se proto zaměřily na prozkoumání těchto klientských teorií změny a také toho, jak nejlépe s těmito teoriemi pracovat.

Zmíněné obsahy se v procesu psychoterapie vynořují postupně. Dle Duncana et al. (2004) je potřeba se snažit hned v úvodních sezeních „objevit“ klientovu teorii změny a přizpůsobit jí další směřování terapie. V knize Hrdinský klient (The Heroic Client) autoři popisují v několika případových studiích situace, kdy se terapeuti přizpůsobili klientským teoriím, které se jim zpočátku jevily jako neadaptivní až mylné (i v případech, kdy přesvědčení klienta odporovalo teoretickému zaměření a běžnému stylu práce i formulace případu terapeuta). Ve všech popsanych případech se nakonec ukázalo, že otevřenost a flexibilita terapeuta k přesvědčením klienta ohledně jeho změny

posílily pracovní alianci<sup>7</sup> a tím také umožnily vlastní dosažení změny.

Co se týče vnímaného rozdílu v pohledu na proces terapie u klienta a terapeuta, podnětný byl i společný výzkum Heidi Levittové a Davida Rennieho, opět za použití metody IPR. V případové studii je zprostředkován pohled na jednu situaci rozhovoru ze stran obou jeho účastníků a je fascinující, jak se zde perspektivy klientky a terapeuta v mnohém rozcházejí, jak se vlastně v rozhovoru „nepotkali“, a přitom podle všeho šlo o dvojici s dobrou pracovní aliancí (Levitt & Rennie, 2004).

Další studí, která zdůraznila kontrast mezi perspektivou klienta a perspektivou terapeuta je výzkum Mackrilla (2008). Studie se věnovala klientským strategiím a přesvědčením ohledně změny v terapii, a mapovala proces vývoje těchto strategií v průběhu terapie.

Jednalo se o humanisticko-existenciální terapii pro dospělé děti alkoholiků v délce 8 až 12 sezení. Od klientů i od terapeutů byly před každým sezením sbírány deníky, zadání pro psaní deníků bylo zaměřit se na důležité aspekty sezení, důležité situace v životě klienta mimo sezení a reflexe o průběhu terapie a terapeutického vztahu. Ukázalo se, že klienti vstupovali do terapie s různými strategiemi (být úpřimný, naučit



**Eva  
Dubovská**

**Mgr. Ing., Ph.D. Pracuje při vlastní terapeutické praxi jako odborná asistentka na Pražské Vysoké Škole Psychosociálních Studií a jako výzkumný pracovník v Psychologickém Ústavu AVČR a v Institutu Sociálního Zdraví na UPOL. Mezi její výzkumné zájmy patří změna v psychoterapii a narativní analýza.**

se myslet pozitivně, terapie klienta opraví a podobně) a terapeuti s těmito strategiemi různě pracovali – docházelo k potvrzení klientova směřování, posunu, i naprosté změně směřování. Tato studie znovu potvrdila, že klienti si do terapie přinášejí „ingredience“, které jsou zásadní pro jejich porozumění terapeutickému procesu.

### MOTIVACE KE ZMĚNĚ

Předpokladem k dosažení změny v psychoterapii je to, že klient se na změně aktivně podílí a bere změnu „za svou“. Součástí tohoto ideálního postoje klienta ke změně je samozřejmě i jeho motivace, která úzce souvisí s dobrým výsledkem terapie (Bohart & Wade, 2013), Autoři zdůrazňují, že v souvislosti s motivací je důležitá úroveň připravenosti ke změně. Zde vycházejí z trans-teoretického modelu změny v psychoterapii (Prochaska, Norcross, 1999), kde například ve stadiu pre-kontemplace je v podstatě nulová připravenost ke změně,

<sup>7</sup> Pracovní aliance je dalším, podle některých autorů nejdůležitějším, ze společných faktorů psychoterapie (Wampold & Imel, 2015). Z pohledu účasti klienta na konstrukt aliance byl důležitý výzkum Bachelora (1995), ve kterém pojmenoval tři typy vztahu, které si klienti cení: 1. téměř polovina klientů upřednostňuje přátelský vztah s terapeutem – zejména respekt, empatické porozumění, naslouchání; 2. dalších asi 40 % klientů dává v terapeutickém vztahu přednost zlepšení vlastního sebe-porozumění a vhledu; 3. menší část klientů vnímá vztah s terapeutem jako spolupráci.

a tedy i mizivá motivace, zatímco ve fázi přípravy a akce už je motivace vysoká (Bohart & Wade, 2013).

Do odborné diskuse o motivaci klientů v psychoterapii se zapojili i autoři dnes jedné z nejuznávanějších teorií motivace – teorie sebedeterminace (self-determination theory, SDT) (Ryan & Deci, 2008; Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011). Zejména ve druhé jmenované studii podávají podrobnou analýzu přístupů k motivaci u jednotlivých terapeutických směrů a také svá doporučení k další práci s motivací klienta.

Podstata teorie SDT by se zjednodušeně dala shrnout tak, že když člověk dělá to, k čemu se rozhodl sám od sebe, dělá to radši a líp. Teorie SDT rozlišuje několik typů motivace na ose externí–interní, a to 1. amotivaci, tedy nepřítomnost motivace; 2. extrinsickou motivaci – má několik stupňů podle úrovně identifikace až integrace cílového chování; 3. intrinsickou motivaci – nejvyšší stupeň zvnitřněné motivace, která již není zaměřená na cíl, ale na potěšení z činnosti samotné (Ryan & Deci, 2008).

Autoři upozorňují, že ve skutečnosti se do psychoterapie dostávají i klienti, kteří mají velmi nízkou motivaci ke změně (Ryan et al., 2011). Vzhledem k významu motivace pro dosažení dobrého výsledku terapie je proto sštězejní, aby terapeuti konceptům motivace rozuměli a pracovali s ní. Autoři zároveň dodávají, že většina terapeutů „doutfá, že klient je motivován k terapii a především k dosažení změny, a že tato touha vychází „z nitra“ (Ryan et al., 2011). Popisují rozdíl mezi přístupy, které kladou důraz na aktivní přesvědčování, formování, odměňování a trénink klienta, zde se jedná o více externí motivaci; kdežto terapeutické

přístupy, které akcentují podporu, facilitaci anebo posílení vnitřního procesu změny u klienta, pracují více s interní motivací. Externí motivace je často vnímaná jako kontrolující a může u klientů navodit externě vnímaný bod přičinnosti (locus of causality) (Ryan et al., 2011).

V rámci teorie SDT byly identifikovány tři základní lidské potřeby, jejichž naplnění napomáhá dosažení větší interní motivace, a to pocit autonomie, kompetence a vztahovosti. V kontextu psychoterapie považují autoři za důležité podporovat všechny tři tyto potřeby, i když největší důraz kladou na posilování pocitu autonomie klienta. Z intervencí, které autonomii posilují a byly výzkumně ověřeny při studiích aplikace teorie SDT, autoři doporučují zejména porozumění a uznání perspektivy klienta a jeho vnitřních referenčních rámců, poskytnutí nepodmíněného pozitivního přijetí (zcela v souladu s teoriemi C. Rogerse), podporu vlastního rozhodování klienta, minimalizaci tlaku a kontroly a poskytnutí smysluplného vysvětlení pro všechny terapeutické akce a techniky (Ryan & Deci, 2008). Podpora autonomie často působí i na naplnění dalších potřeb, a tedy posiluje u klienta pocitu vlastní kompetence a také zlepšuje vztah s terapeutem i jiné vztahy klienta s jeho okolím.

Význam podpory autonomie v motivaci klientů byl výzkumně ověřen například ve studii s 95 pacienty s depresí, kde byla nalezena významná souvislost mezi vnímanou podporou autonomie na začátku léčby a vlastní vnitřní motivací a terapeutickou aliancí na konci léčby. Vnitřní motivace zas predikovala odeznění příznaků deprese (Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride & Bagby, 2012).



Podpora autonomní motivace ve smyslu teorie SDT se ukazuje jako důležitá také v léčbě poruch příjmu potravy (PPP), kde bylo na toto téma provedeno několik studií. V longitudinální studii se 84 internovanými pacientkami specializovaného PPP oddělení se ukázalo, že na začátku léčby souvisela vnímaná podpora autonomie ze strany rodičů s vyšší vnitřní motivací, a dále uprostřed léčby podpora autonomie ze strany zaměstnanců kliniky a dalších pacientek souvisela s vyšší vnitřní motivací uprostřed a na konci léčby, což vedlo u pod-skupiny pacientek s diagnózou anorexia nervosa ke zvýšení BMI (u bulimie se souvislost nepotvrdila) (Kaa-Deeder et al., 2014). V další studii zase změna příjmové strategie na oddělení pro léčbu PPP ve smyslu větší podpory autonomie (klientky se mohly svobodně rozhodnout, jestli a jakou formu terapie si zvolí, nikdo nerozhodoval za ně, s výjimkou případů ohrožení života) vedla k značné redukci předčasného přerušení terapie (drop-out) ze strany klientek (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009).

#### SILNÉ STRÁNKY (ZDROJE) KLIENTA

Každý klient si do psychoterapie přináší kromě problémů také své silné stránky, například některé osobnostní vlastnosti, schopnosti a dovednosti, o které se v procesu své změny může opřít. Pracovat se silnými stránkami klienta v psychoterapii vlastně znamená aktivovat jeho zdroje (Fluckiger et al., 2009), klientům je potřeba především pomoci si tyto zdroje uvědomit a pak plně využít jejich potenciálu (Seligman, 2006).

Duncan et al. (2004) dokonce mluví o hrdinských aspektech klienta: terapeuti by

měli „obsadit“ své klienty do role hlavních aktérů změny tím, že se budou zajímat o jejich „hrdinské příběhy“, tedy situace z minulosti, kdy klient zvládl těžkosti, poradil si s životními nesnázemi, překonal překážky. Naslouchání hrdinským příběhům zahrnuje jednak naslouchání těžkostem ale také citlivost vůči silným stránkám a zdrojům, které klient použil, aby tyto těžkosti překonal anebo vydržel.

Účelem tedy je zjistit nejenom co klient potřebuje změnit, ale také co již má k dispozici a může použít k dosažení svých cílů. Klíčovou se zde jeví podpora toho, aby klient přisoudil (atribuoval) dosažení změny vlastní snaze o uzdravení. Posílení změny spočívá v tom, že klientům pomůžeme vnímat veškerá zlepšení jako důsledek jejich vlastního snažení, a tedy jako součást vznikajícího hrdinského příběhu změny, jako něco, co klienti udělali sami a v případě potřeby to mohou také udělat opakovaně v budoucnu.

#### ZÁVĚR:

Klient je podceňovaný terapeutický faktor a je načase mu přiznat důležitost, jakou si zaslouží. V této stati byly popsány některé důležité ingredience tzv. faktoru klienta – a to především reflexivita a aktérství, motivace, klientské teorie změny, silné stránky klienta, očekávání a další. Lze se domnívat, že jednotlivé popsané konstrukty nefungují zcela osamoceně, ale navzájem se prolínají a ovlivňují. Nejvhodnějším přístupem ke klientům v psychoterapii se tak jeví respekt k jedinečnosti a ke komplexitě každého člověka a podpora jeho vlastních změnových mechanismů.

*Bez konfliktu zájmů.*

LITERATURA:

- Asay, T. R., Lambert, M. J. (1999). The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (s. 23–55). Washington DC: American Psychological Association.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323–337.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184.
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180.
- Bohart, A. C., Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. 2nd Ed. (s. 83–111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th Ed. (s. 219–257). New York: Wiley.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series*. The psychotherapeutic process: A research handbook (s. 503–527). Guilford Press.
- Flückiger, Ch., Franz Caspar, F., Holtforth, M. G., & Willutzki, U. (2009) Working with patients' strengths: A microprocess approach, *Psychotherapy Research*, 19(2), 213–223
- Fuertes, J. N., & Williams, E. N. (2017). Client-focused psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 369–375.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657–678.
- Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Verstuyl, J., Boone, L., & Smets, J. (2014). Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 585–600.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94–129). Basic Books.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects”. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855–869.
- Levitt, H. M., Rennie, D. L. (2004). Narrative Activity: Clients' and Therapists' Intentions in the Process of Narration. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* (s. 298–313). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- von Der Lippe, A. L., Oddli, H. W., Halvorsen, M. (2019). Therapist strategies early in therapy associated with good or poor outcomes among clients with low proactive agency, *Psychotherapy Research*, 29(3), 383–403307.
- Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 441–453.
- Morrison N.R., Constantino M.J., Westra H. A., Kertes A., Godwin B., Antony M. M. (2017). Using interpersonal process recall to compare patients' accounts of resistance in two psychotherapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11):1523–1533.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychotherapeutické systémy*. Praha: Grada.

- Rennie, D. L. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (s. 155–172). Leuven University Press.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 427–437.
- Rennie, D. L. (2001). The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*(2), 82–89.
- Řiháček, T. (2017). Medicínský model a psychoterapie. *Psychoterapie, 11*(3), 190–203.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology, 49*(3), 186–193.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 193–260.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774–788.
- Vandereycken, W., Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review, 17*(3), 177–183.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work. 2nd ed.* Routledge.
- Williams, D. C., Levitt, H. M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*(1), 66–82.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Bagby, R. M. (2012). Therapist's Autonomy Support and Patient's Self-Criticism Predict Motivation during Brief Treatments for Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(9), 903–932.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 1. 12. 2019. Revidované znění došlo 13. 3. 2020, k publikaci přijato 13. 3. 2020.*