

GILBERT, M. a ORLANS, V.: Integrative Therapy. Routledge.
London and New York. 2011. e-book.

Proces integrativní psychoterapie

První sezení: důležité faktory, které jsou třeba vzít v úvahu

Pokud terapeut není praktikantem na stáži spolu s hodnotitelem, který přiděluje klienty, nebude první sezení s klientem pravděpodobně ani první kontakt s klientem. Existuje tedy proto nesčetné množství informací, které byly již k dispozici prostřednictvím kontaktu s klientem přes telefon nebo přes e-mail. I když je studentovi psychoterapie klient s předem určenou formulací přidělen, důrazně doporučujeme, aby začínající terapeut zaujal zvědavý postoj a vnímal, jak jsou tyto formulace při prvním sezení s klientem ovlivněny.

Hayley (1978) naznačuje, že začátek terapeutického vztahu má pravděpodobně možná vliv na jeho konec, poukazuje na důležitost vyjasnění uvedených problémů a zkoumání způsobů, jak je lze vyřešit a také jak se mohou projevit aspekty prezentujících problémů v průběhu terapie. Miller (2006) popisuje 5 fází, které se nacházejí v rámci nebo okolo prvního sezení. Mezi ně patří: příprava na počáteční kontakt, řešení například otázek ohledně doporučení a vyřízení data a času pro první schůzku – to pravděpodobně bude zahrnovat rané hypotézy o tom, jaké by mohly být prezentující problémy při prvním setkání s klientem; setkání s klientem před sezením, účast na zakázce, výměna příslušných informací; naslouchání příběhu klienta, objasňování problémů a vytváření počáteční hodnocení; rozhodování o tom, co má následovat a jak se ukončí první relace; nakonec řešení úkolů jako je zaznamenávání informací, dojmů a budoucích akcí. O'Brien a Houston (2007) zdůrazňují vyjádřené, a i nepřímo vyjádřené výměny, k nimž dochází současně při první schůzce, poukazující na to, že „ať už je nebo není něco vůbec zmíněno, oba lidé makají na zodpovězení otázek. „Mohu s touto osobou pracovat? " '(str. 115). Daniel Stern a Boston Change Process Study Group (2003) popisuje tento proces jako formu „psychoetologie“ sídlící ve zvěřeti jako chování očichávání se navzájem prostřednictvím procesu „intersubjektivní vyhledávání, improvizace a spoluvytváření „(str. 25). Klíčovou otázkou, která je důležitá k posouzení na prvním setkání, je problém rizika. To mohlo být zdůrazněno prostřednictvím počátečního doporučeného procesu nebo také po telefonu, nebo se to může objevit jako problém v průběhu diskusí na prvním setkání. Posouzení rizika se může zaměřit na potenciální poškození sebe nebo ostatních, a vyžaduje pečlivou pozornost na klíčové ukazatele, jako jsou: historie sebepoškození nebo současné uvažování o sebevraždě; užívání léků nebo odvykání; nebo jakékoli faktory v pozadí, které by mohly mít význam, jako je předchozí psychiatrická léčba nebo historie zneužívání nebo traumatu. Pokud existuje riziko, pak to bude mít jasně vliv na povahu uzavřené smlouvy, na další využití supervize jako podpory pro rozhodování a na možné zapojení kolegů zdravotníků. Podstatné je, aby terapeut byl schopen klást přímé otázky, společně s klientem vyhodnocovat riziko a po dohodě s klientem podniknout příslušné kroky. Terapeutu užívaný systém klinických výsledků pro rutinní hodnocení (CORE) bude mít hodnocení rizik zabudované do úvodního dotazníku pro klienta.

Jakou terapii, pro kterého klienta

a v jakém kontextu?

Otázka položená zde má zvláštní význam pro integrativní přístup k psychoterapii, kde je předpoklad, že neexistuje žádný jeden nejlepší způsob, jak postupovat a kde stojí jedinečnost osob a jejich kontext na prvním místě. Je zřejmé, že pečlivá analýza ve spolupráci s klientem bude důležitá, aby se zjistilo, jaký by mohl být nejlepší přístup k řešení uvedených problémů. Ve výzkumu psychoterapie existuje horká debata, která v této záležitosti pokračuje. Některé přístupy k výzkumu psychoterapie upřednostňují identifikaci symptomů nebo konkrétních psychických poruch s paralelní identifikací přístupů, které jsou považovány za nejvhodnější jako odpověď, stejně jako dobu, která bude nezbytná

pro efektivní léčbu. Trochu odlišný přístup dává přednost identifikaci společných faktorů, které jsou relevantní bez ohledu na typ použité techniky.

Asay a Lambert (1999) rozdělují běžné terapeutické faktory do čtyř různých kategorií, každou s procentním příspěvkem k terapeutickému výsledku odvozeného z relevantních závěrů výzkumu. Tito autoři navrhují, že extra-terapeutické a klientské faktory se podílí 40 % na změně, terapeutický vztah se podílí 30 %, očekávání a účinky placebo 15 % a specifické techniky 15 %. Tato data představují relativně malý účinek konkrétního terapeutického přístupu k výsledku. Seligman (1995) upozornil také na skutečnost, že klienti, kteří se aktivně účastní hledání správného terapeuta a kteří jsou motivováni k zjišťování specifik nabízených služeb, mají větší pravděpodobnost dosáhnout pozitivního výsledku.

Roth a Fonagy (2005) a Nathan a Gorman (2007) nabízí komplexní přehledy různých léčebných postupů pro různé problémy a související výzkum na účinnost. Zatímco je otázkou, zdali je možné oddělit různé formy strádání nebo konkrétní uvedené problémy od množství různých symptomů mající sklon koexistovat dohromady (Duncan et al., 2004), z výzkumných důkazů by bylo možné tvrdit, že některé spekulace, které by mohly způsobit potíže, by mohly mít určitou terapeutickou odezvu, jako je kognitivně behaviorální terapie pro léčbu paniky, fobie a generalizované úzkostné poruchy. Nicméně O'Brien a Houston (2007) poukazují na: Terapeuti mají mnoho společného, když jsou součástí jejich klienta, bez ohledu na jejich specifickou orientaci. Je jasné, že terapeuti jakékoli orientace musí být schopni zapojit klienta do kooperativní účasti s ohledem na cíle a úkoly terapie, poskytovat pro klienta příležitost vyjádřit emoce a vytvořit léčebné pouto. (str. 43)

Při zvažování rozsahu výzkumných studií v oblasti výsledku, je mnoho podporovatelů integrativního přístupu a zaměření na ty obecnější faktory, které podporují terapeutickou změnu.

Psychoterapeutická změna: role lásky a naděje

Otázka lásky v psychoterapeutickém vztahu je otázkou, která zaměstnává psychoterapeuty už ve Freudových poznatcích o přenosu lásky (Freud, 1915). Jedna myšlenková linie týkající se těchto myšlenek je uvedena v psychoanalytické literatuře o erotickém přenosu (např. Mann, 1999). Odlišný pohled poskytuje myšlenka, že je třeba rozvíjet důvěru a péči mezi terapeutem a klientem, aby měl proces úspěšnější výsledek; Zda by někdo mohl popsat blízká empatická setkání jako „lásku“, může být předmětem debaty, ale je zřejmé, že hluboké zapojení do terapeutického procesu vyvolává hluboké pocity na obou stranách. Nedávné vydání časopisu Psychoanalytic Inquiry bylo věnováno tématu „The Analyst's Love“, které vytvořilo fórum pro řadu zajímavých nápadů (např. Slavin, 2007). Podíváme-li se na vývoj, nyní se obecně uznává význam lásky a péče v raném dětství pro vytváření fyzického a psychického zdraví (např. Gerhardt, 2004). Naše dřívější body o vědeckém účinku láskyplné péče a negativních účincích zanedbávání také zdůrazňují biologický význam lásky. Na důležitost lásky v terapeutické teorii Carla Rogerse upozornil Kahn (1997), který spojuje myšlenku lásky s Rogerianovými požadavky na pravost, kongruenci a bezpodmínečné pozitivní ohledy na terapeutický proces. Existují také důkazy o tom, že klientům, na nichž terapeutům záleží, se v léčbě daří lépe. (Jones et al., 2003).

Role očekávání klienta pro úspěšný výsledek byla identifikována jako významný faktor při vyvolávání psychoterapeutických změn, tato skutečnost, která je sotva překvapivá, ale zajímavá, když ji potvrdily výzkumné studie.

Myšlenku naděje být důležitou zdůraznili před mnoha lety Frank a Frank (1993) v prvním vydání své knihy Persuasion and Healing. Tito autoři zdůraznili význam mýtu a rituálu v psychoterapii a jejich schopnost inspirovat v klientovi očekávání pomoci. Řada novějších studií také podporuje souvislost

mezi očekáváním klienta a pravděpodobností pozitivního výsledku (Snyder a spol., 1999; Glass a Arnkoff, 2000). Naděje je důležitá také ve vztahu k očekáváním procesu terapie, nejen k očekáváním výsledku (např. Wilkins, 1979). To vyvolává otázku, jak mohou být klienti připraveni na jejich roli v terapii a jaké účinky může mít tato příprava na proces a výsledek.

Studie naznačují, že „indukce“ může mít významný účinek o tom, zda jednotlivci pokračují v terapii, a o typu dosažených výsledků (např. Guajardo a Anderson, 2007).

Hodnocení v psychoterapii

Hodnocení souvisí s pečlivým zvážením toho, co klient přináší terapii a způsoby, jak by to mohlo být pochopeno. Tyto postřehy a porozumění lze poté převést do příslušného léčebného plánu nebo způsobu postupu, který pravděpodobně vyřeší problémy klienta a související cíle léčby. Naše použití formulací DSM-IV-TR (Americká psychiatrická asociace, 2000) jsme označili jako jeden ze způsobů pochopení toho, co klient přináší; v tomto ohledu také doporučujeme práci Johnsona (1994). Chtěli bychom však usilovat o společný přístup k procesu hodnocení, abychom zůstali blízko zkušenosti a ochotni přijmout jazyk, který klient používá, aby mluvil o svých problémech. O'Brien a Houston (2007) zdůrazňují důležitost péče o terapeuta a klienta jako součást procesu hodnocení, přičemž poukazují na to, že výzkumné studie soustavně zdůrazňují interakci terapeutových kvalit, charakteristik klienta a relačních faktorů. Z tohoto pohledu může být výsledkem hodnocení doporučení klienta k vhodnému kolegovi.

V hodnotící relaci nás zajímají prezentující potíže, jak je popsal klient, a měli bychom také zájem o lokalizaci těchto problémů v historické i současné kontextové oblasti. Bylo by užitečné například zjistit, zda klient se silnou úzkostí také každý den vypil velké šálky kofeinové kávy! Rovněž je důležité si povšimnout a prodiskutovat, jak se klient dostal k pomoci, protože motivace a zapojení pravděpodobně budou mít vliv na to, jak by terapie mohla dlouho trvat (např. Orlinsky a spol. 1994). Doporučili bychom diskusi s klientem o tom, čeho chce terapií dosáhnout, a dohodnout se na některých cílech, a to ne příliš instrumentálním způsobem, ale jako součást vyjednávání o spolupráci. Takový přístup je podporován výzkumnými studiemi, pokud se jedná o potenciál pro pozitivní výsledek (např. Tryon a Winograd, 2002)

Dimenze terapeutického vztahu: přehled

Na psychoterapeutický vztah pohlížíme jako na spoluvytvářený na vědomé, explicitní, verbální úrovni a na nevědomé, implicitní, neverbální úrovni zážitku. V procesu rozvoje terapeutického vztahu se terapeut může zapojit do různých vztahových postojů nebo způsobů vztahu s klientem. Tyto různé dimenze vztahů nejprve nastínili Gelso a Carter (1985), kteří identifikovali fungující alianci, vztah mezi lidmi a vztah přenosu. Clarkson (1989) k nim přidal vývojově potřebný nebo reparativní vztah a transpersonální vztah a poté podrobně diskutoval o těchto „pěti terapeutických vztazích“. K nim jsme přidali reprezentační vztah. Níže je uvedeno šest těchto modalit vztahů.

V různých dobách bude jedna dimenze vztahu figurální, zatímco ostatní jsou v pozadí, a tyto změny budou pravděpodobně pokračovat, jak bude práce pokračovat. Musíme však zdůraznit zásadní význam účinné pracovní aliance, aby terapie vůbec pokračovala. Pokud pracovní aliance funguje dobře, bude sloužit jako základ pro všechny ostatní terapeutické činnosti. Pokud se jedná o otázku, bude třeba, aby se před zahájením terapie o pracovní alianci postaralo. Rozsah, v jakém se terapeut bude dovolávat těchto různých terapeutických modalit, souvisí s terapeutovým osobním stylem a integrační filozofií. Někteří terapeuti budou například pracovat více ve vztahu mezi lidmi, zatímco jiní budou více orientovaní na práci s přenosem.

To vše představuje významnou volbu a ovlivňuje vykonanou práci. To, jak si terapeut vybírá a kombinuje relační styly, bude optimálně ovlivněno potřebami konkrétního klienta a fází terapie.