

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**



Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma

**Denisa Sliacka**

**Zmapování pracovní aliance mezi terapeutem a klientkou s duální diagnózou  
v rámci následné péče: případová studie**

Mapping the Working Alliance Between a Therapist and a Dual Diagnosis Client  
in the Context of Aftercare: A Case Study

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jarmila Tolimatová

Praha, 2023

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 11. 2023

Denisa Sliacka

## **Identifikační záznam:**

SLIACKA, Denisa. *Zmapování pracovní aliance mezi terapeutem a klientkou s duální diagnózou v rámci následné péče: případová studie* [Mapping The Working Alliance Between a Therapist and a Dual Diagnosis Dlient in the Context of Aftercare: A Case Study]. Praha, 2023. 54 stran, 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. et Mgr. Jarmila Tolimatová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Jarmile Tolimatové, která mi poskytla cenné rady a připomínky po celou dobu tvorby práce. Také velmi děkuji oběma respondentům, kteří se mnou otevřeně sdíleli informace z terapeutického procesu a tímto umožnili realizaci výzkumu. Jejich ochota podělit se o osobní zkušenosti mi poskytla unikátní vhled do soukromé oblasti jejich života, což bylo pro účely práce nezbytné.

## Abstrakt

**Východiska:** Tato práce vychází ze zájmu autorky o interakce mezi terapeuty a klienty. Zkoumání terapeutické aliance nám umožňuje lépe porozumět interakcím v terapii a identifikovat oblasti, které mohou vyžadovat zlepšení. To může vést k lepší terapeutické praxi a zvýšení kvality péče o klienty. Klienti s poruchami způsobenými užíváním návykových látek často čelí složitým problémům, včetně problémů v mezilidských vztazích. Terapeutická aliance může být klíčovým faktorem v jejich léčbě.

**Cíle:** Cílem práce je zmapovat pracovní alianci mezi terapeutem a klientkou. Výzkumné otázky se zaměřují na identifikaci různých aspektů aliance z perspektivy terapeuta a klientky, na zkoumání podobnosti či odlišnosti jejich vnímání aliance, a na zhodnocení toho, jaké konkrétní aspekty aliance jsou subjektivně hodnoceny jako pozitivní či negativní.

**Metody:** Pro sběr dat byl použit dotazník WAI doplněný o polostrukturovaný rozhovor. Oba respondenti vyplnili dotazník dvakrát s půlročním odstupem. Data získaná z dotazníku byla následně hlouběji prozkoumána polostrukturovanými rozhovory, což poskytlo širší kontext pro interpretaci. Z části byl proveden i nativní rozhovor, kdy měli klientka i terapeut možnost vyprávět svůj příběh volně bez mého zásahu. Získaná data byla následně zpracovávána a interpretována s využitím odborné literatury.

**Výsledky:** Práce odhalila proces formování terapeutické aliance v rámci terapeutického vztahu mezi klientkou Annou a jejím terapeutem, který prošel různými fázemi a změnami. Jako stěžejní téma výzkumu se ukázalo bezpodmínečné přijetí ze strany terapeuta. Klientka cítí, že jí terapeut přijímá, nicméně nastávají situace, kdy od něj očekává přijetí a nedostane jej, což ale souvisí se způsobem dosahování celkového cíle terapie. Terapeut aktivně usměřňuje klientku k samostatnosti a péči o vlastní potřeby. Ukázalo se, že ačkoliv je téma bezpodmínečného přijetí považováno za zcela jasnou součást terapeutických vztahů, má různé podoby a v realitě může být složitější.

**Závěr:** Tato práce ukazuje, jakým způsobem se terapeut a klient mohou společně pohybovat směrem k dosažení terapeutických cílů a překonávat překážky, které se během terapie mohou vyskytnout. Věřím, že tato práce může přinést vhled do tématu terapeutické aliance v léčbě klientů s poruchou způsobenou užíváním návykových látek. Byť bych v závěru ráda poznamenala, že každý vztah je něčím specifický a vždy záleží na individuálních aspektech. Přesto výzkum přináší důležitý vhled do dynamiky terapeutické aliance a procesů, které se mohou odehrávat během psychoterapie mezi dvěma jednotlivci.

## Klíčová slova

pracovní aliance; terapeutická aliance; vztah; terapeut; klient; následná péče

## Abstract

**Background:** The bachelor thesis is based on the author's interest in the interaction between therapists and clients. Exploring the therapeutic alliance allows us to understand better the interactions in therapy and identify areas that may need improvement. This can lead to better therapeutic practice and improved quality of care for clients. Clients with substance use disorders often face complex issues, including problems in interpersonal relationships. The therapeutic alliance can be a key factor in their treatment.

**Aims:** The aim of this thesis is to map the working alliance between therapist and client. The research questions focus on identifying different aspects of the alliance from the perspective of the therapist and client, exploring the similarities or differences in their perceptions of the alliance, and assessing what specific aspects of the alliance are subjectively rated as positive or negative.

**Methods:** A WAI questionnaire supplemented with a semi-structured interview was used for data collection. Both respondents completed the questionnaire twice, six months apart. The data obtained from the questionnaire was then explored through semi-structured interviews, providing a broader context for interpretation. In part, a native interview was also conducted where both client and therapist were allowed to tell their story freely without my intervention. The collected data was then processed and interpreted using the literature.

**Results:** The thesis reveals the process of forming a therapeutic alliance within the therapeutic relationship between the client Anna and her therapist, which went through different phases and changes. Unconditional acceptance by the therapist emerged as a core theme of the research. The client feels accepted by her therapist, but there are situations where she expects acceptance and does not receive it, which is related to the way the overall goal of therapy. The therapist actively guides the client towards independence and taking care of her own needs. It has been shown that although the theme of unconditional acceptance is considered a very clear part of the therapeutic relationship, it takes different forms and can be more complex in reality.

**Conclusion:** The thesis shows how therapist and client can move together towards achieving therapeutic goals and overcoming obstacles that may arise during therapy. I believe this work can provide insight into the topic of therapeutic alliance in the treatment of clients with substance use disorder. Although I would like to conclude by noting that every relationship is specific in some way and always depends on individual aspects. Nevertheless, the research provides important insight into the dynamics of the therapeutic alliance and the processes that can take place during psychotherapy between two individuals.

## Keywords

working alliance; therapeutic alliance; relationship; therapist; client; aftercare

# Obsah

1. Úvod .....	1
2. Pracovní aliance .....	2
2.1. Pouto v pracovní alianci .....	3
2.2. Stanovení cílů v pracovní alianci .....	3
2.3. Dosažitelnost cílů v pracovní alianci .....	4
2.4. Stanovení úkolů v pracovní alianci.....	5
2.5. Strategie pro efektivní vytváření a udržení pracovní aliance.....	5
3. Předpoklady vzniku a udržení pracovní aliance .....	6
3.1. Faktory na straně terapeuta .....	6
3.2. Faktory na straně klienta .....	8
3.3. Shrnutí.....	11
4. Následná péče.....	13
4.1. Cíle následné péče .....	13
4.2. Délka léčby v následné péči .....	13
5. Cíle výzkumu .....	15
5.1. Výzkumné otázky .....	15
5.2. Metody sběru dat.....	15
5.3. Etické náležitosti .....	16
6. Respondenti .....	16
6.1. Klientka Anna .....	17
6.2. Terapeut.....	20
7. Výsledky .....	21
7.1. Výsledky dotazníku WAI.....	21
7.2. Interpretace výsledků v kontextu výzkumných otázek.....	22
8. Diskuse .....	30
9. Závěr.....	32
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	33
Přílohy .....	37

# 1. Úvod

Toto téma jsem si zvolila, jelikož mě v průběhu studijních praxí, ať už to bylo v denním stacionáři, terapeutické komunitě, následné péči, nebo psychiatrické léčebně, vždy velmi zajímaly jednotlivé interakce mezi terapeuty a jejich klienty. Jak je možné, že klient, který přišel na sezení uzavřený, se po několika minutách dokázal otevřít? Jak se vlastně stanovuje cíl terapie? A co všechno může udělat terapeut nebo klient pro to, aby terapie fungovala? Jednoduše, chtěla jsem se dozvědět více o vztahu, který se odehrává mezi terapeutem a klientem. Téma terapeutické aliance jsem si vybrala, protože obnáší jak pracovní pouto mezi klientem a terapeutem, tak cíle a způsoby jejich dosahování. U nás je téma pracovní aliance poměrně málo prozkoumané. V souvislosti s původci intimního partnerského násilí se mu ve své studii věnoval například Ammer (2022), který zdůrazňoval důležitost pracovní aliance v terapeutické práci s těmito klienty. V České republice jsem však mnoho prací na téma pracovní aliance nenašla a s ohledem na tuto "mezeru" jsem se rozhodla, že se mu budu věnovat ve své závěrečné práci.

S klientkou jsem se poprvé setkala v rámci studijní praxe v centru následné péče. Měla jsem možnost účastnit se její skupinové i individuální terapie. Během jednoho sezení, na kterém jsem byla přítomna, klientka a terapeut mluvili o jejich vzájemném vztahu. Jednak jsem se dozvěděla, že klientka vůči terapeutovi na začátku pociťovala emoce podobné zamilovanosti a jednak se na daném sezení řešilo, ujištění, které od terapeuta očekávala, ale nedostala ho. Zjistila jsem, že klientka v průběhu 6 let vystřídala 3 různé terapeuty, ale žádnému nedůvěřovala natolik, aby se otevřela. Změna nastala až u stávajícího terapeuta. Tento vztah mě zaujala natolik, že jsem se rozhodla ho zmapovat a hlouběji prozkoumat v bakalářské práci.

Teoretická část práce je zaměřena na pracovní alianci, předpoklady vzniku a udržení aliance na straně terapeuta i klientky a závěrem je rozvedena léčba v následné péči. V praktické části se věnuji představení cílů práce, výzkumným otázkám, interpretaci zjištěných dat, která jsou podkladem k diskusi a závěru. Cílem této práce je zmapovat tři klíčové aspekty pracovního vztahu mezi terapeutem a klientkou v kontextu následné péče. Nejprve jsem se zaměřila na sběr dat prostřednictvím dotazníků WAI (Working Alliance Inventory) a poté jsem s respondenty provedla polostrukturované rozhovory, abych získala hlubší vhled a lépe porozuměla tomu, jak oba účastníci tuto alianci vnímají. Výzkumné otázky byly zodpovězeny v praktické části a souvisí s hlavním cílem práce, tedy zmapovat alianci a její hlavní aspekty z pohledu terapeuta i z pohledu klientky a zjistit, zda alianci vnímají podobně, či zcela odlišně a přiblížit, jak taková aliance vlastně vypadá v praxi.

Tato práce může pomoci přiblížit, jak se terapeutická aliance projevuje na praktických příkladech. Adiktologové často pracují s klienty, kteří trpí složitými problémy ve vztazích. Mapování pracovní aliance může pomoci identifikovat možné problémy a navrhnout strategie pro zachování celkové úspěšnosti terapie. Z pohledu studentky adiktologie vnímám zkoumání terapeutické aliance důležité pro efektivní a etickou práci s klienty.



### 2. Pracovní aliance

Pracovní aliance je ta část celkového terapeutického vztahu, která se týká pracovního nebo profesionálního spojení mezi klientem a terapeutem (Fuertes, 2019). Jinak řečeno, aliance je proces spolupráce, při němž se klient a terapeut spojují, aby porozuměli klientovým obavám či potížím a řešili je. V kontextu terapeutické práce lze pracovní alianci vnímat jako smlouvu nebo dohodu mezi terapeutem a klientem. Tato dohoda stanovuje cíle spolupráce a podmínky, za nichž se bude tento proces odehrávat. Nezbytným prvkem pro vznik efektivní pracovní aliance je jasná dohoda o tom, co je očekáváno od obou stran. Bordin (1979, 1994) identifikoval tři klíčové složky pracovní aliance: cíl, úkol a pouto. Prvním krokem v této spolupráci je dohodnout se na cíli jejich práce a na konkrétních krocích, které klient a terapeut podniknou k dosažení tohoto cíle. Zároveň je důležité, aby se mezi nimi vyvinulo důvěrné spojení, což pomáhá podpořit a usnadnit spolupráci na dosažení stanovených cílů. V této práci je označována také jako terapeutická aliance nebo spojení.

Reálný vztah a pracovní aliance, mají několik společných ale i odlišných účinků na to, jak užitečné pro některé klienty terapeutické sezení je. A to v závislosti na tom, zda jsou reálný vztah a aliance stejně silné, nebo zda je jeden silnější než druhý v daném sezení a v průběhu terapie. (Kivlighan, Kline, Gelso, & Hill, 2017) Tato zjištění ukazují, že je důležité, aby terapeuti identifikovali, který aspekt vztahu je pro klienta významnější nebo potřebnější v rámci každého sezení. Je užitečné mít na paměti zásadu, že jádrem pracovní aliance je společná účelná práce (Hatcher & Barends, 2006).

V rámci psychoterapie je důležité porozumět, jak skutečný vztah mezi terapeutem a klientem souvisí s pracovní aliancí, což jsou dva základní pilíře terapeutického procesu. Skutečný vztah můžeme chápat jako základní spojení mezi terapeutem a klientem. Greenson (1967), ve svém teoretickém spisu o skutečném vztahu a pracovním spojení zdůrazňoval, že skutečný vztah existuje od samého počátku, již od prvního kontaktu mezi terapeutem a klientem. Pracovní aliance, na druhé straně, se podle něj postupně vyvíjí až v průběhu terapie. Greenson tvrdil, že pracovní aliance je jakýmsi vedlejším produktem a vytváří se jen proto, aby byla terapeutická práce možná. Novější výzkum (Kivlighan et al., 2016) však nepotvrdil Greensonovu představu o tom, že pracovní aliance vychází ze skutečného vztahu. Místo toho ukázal, že oba tyto prvky se vyvíjejí současně a vzájemně se ovlivňují. Obě tyto složky terapie přispívají různými způsoby k průběhu terapie a jejím výsledkům, a přitom jsou na sobě vzájemně závislé.

Norcross a Lambert (2011) si položili otázku, zda klienty uzdravují konkrétní léčebné postupy, nebo spíše vztahy s terapeuty. Vztah, který se mezi terapeutem a klientem vytvoří má samozřejmě nezanedbatelnou roli, ovšem není možné určit, zda je to pouze vztah nebo léčebný postup, co klientům pomáhá k uzdravě. Vhodně navozený a udržovaný vztah je však považován za léčivý ve všech terapeutických směrech a je klíčovým faktorem pro úspěšný terapeutický proces.

## 2.1. Pouto v pracovní alianci

Pouto neboli vazba v alianci existuje proto, aby podporovala cíle a úkoly terapie a jako taková je pracovní vazbou. Na rozdíl od jiných typů vazeb či mezilidských vztahů se liší tím, že existuje výhradně za účelem pokroku v terapeutické práci (Fuertes, 2019). Jak konkrétně se tedy tato vazba v terapii projevuje? Bordin (1994) uvádí, že pracovní pouto se pravděpodobně projevuje ve smyslu sympatií, důvěry, vzájemného respektu, pocitu společného závazku a sdíleného porozumění. Je obtížné si představit úspěšnou terapii bez důvěry, která je potřebná k tomu, aby se klienti cítili bezpečně a zapojili se například do sdílení svých pocitů. Z druhé strany se silné pracovní pouto projevuje také v odhodlání terapeuta pomáhat klientovi a v jeho důvěře v klientovo úsilí a schopnost uzdravit se. Když tedy klienti cítí sympatie ke svým terapeutům, do jaké míry to odráží jejich pracovní vazbu (tj. jejich profesní spojení) a do jaké míry odráží jejich skutečný vztah (tj. spíše osobní vazbu)? Vzhledem k tomuto značnému překrývání se může zdát přehnané rozlišovat, zda mají klienti své terapeuty rádi osobně, nebo profesně. Mnohé studie však naznačují, že skutečný vztah a pracovní vazba nezávisle na sobě přispívají predikci průběhu a výsledku léčby (Gelso, 2014). Pouto mezi klientem a terapeutem je zřejmé tehdy, když klient vnímá terapeuta jako důvěryhodného a kompetentního. Tato vazba přináší pozitivní vliv pro celkový terapeutický proces, neboť klient má důvěru, že spolupráce s terapeutem přinese pozitivní výsledky. Vazba se dále projevuje tím, že klient věří, že terapeut mu může a chce upřímně pomoci, stojí na jeho straně a má na srdci jeho nejlepší zájmy. A nakonec, je pevná vazba také zřetelná v neustálém závazku terapeuta ke klientovi, v jeho víře v klientovu snahu a schopnost se uzdravit, a v jeho uznání za klientovo úsilí a pokrok během terapeutického procesu (Hatcher & Barends, 2006).

## 2.2. Stanovení cílů v pracovní alianci

Zdá se být samozřejmé, že během psychoterapie se klient a terapeut shodují na cílech terapie a jednotlivých krocích, jak těchto cílů dosáhnout. V praxi se však stává, že se terapeut a klient neshodnou na cílech či na způsobu, jak jich dosáhnout (Swift & Callahan, 2008; Zane et al., 2005), což ohrožuje jejich spolupráci a někdy vede k předčasnému ukončení terapie ze strany klienta. Míra, do jaké lze rychle a snadno dosáhnout shody na cílech, se u každého klienta liší. Někteří klienti přicházejí s poměrně dobře definovanými problémy, jiní však vyhledávají pomoc, kvůli méně jasně definovaným potížím nebo kvůli vnějšímu tlaku. Výzkum naznačuje, že shoda na cílech může zajistit lepší výsledky terapie (Tryon et al., 2019).

Aby bylo možné stanovit terapeutické cíle, je nezbytné, aby terapeut i klient měli jasnou a společnou představu o povaze problému. Klienti jsou nositeli hlubších znalostí o svých vlastních životních zkušenostech, ale mohou potřebovat terapeutovu pomoc při vyjasnění své motivace pro terapii a konkrétních cílů, kterých chtějí dosáhnout. Aktivní naslouchání hraje v terapeutickém procesu klíčovou roli a vyžaduje od terapeuta pozornost vůči klientovi a jeho projevům. To zahrnuje neverbální projevy, jako je oční kontakt, gesta podporující empatii a reflexi klientových pocitů. Používání otevřených otázek, které povzbuzují klienty k hlubšímu zkoumání svých myšlenek a pocitů, je preferováno před uzavřenými otázkami, které umožňují jednoduché "ano" nebo "ne" odpovědi. Terapeutovo opakování pacientových slov a reflexe jeho emocionálního stavu jsou účinnými prostředky pro podporu klienta v rozvoji jeho terapeutického procesu a dosažení cílů. (Fuertes, 2019)

### 2.3. Dosažitelnost cílů v pracovní alianci

Společně stanovené cíle by měly být v nejlepším zájmu klienta. Může se stát, že cíle, kterých chce klient dosáhnout, jsou pro něj spíše škodlivé než užitečné (např. cíl zhubnout při mentální anorexii). Terapeut by měl zkoumat motivy klienta a dostat se tak k hlubším důvodům, které povedou k méně škodlivým cílům, což může trvat několik sezení. Pokud jsou stanovené cíle užitečné, měly by být také dosažitelné. Někdy klientům chybí zdroje k jejich dosažení (čas, peníze, podpůrný systém), nebo jednoduše zjistí, že práce k dosažení jejich cílů je příliš náročná (Fuertes, 2019). Cíle, které klienti navrhnou pro terapii, bývají neurčité nebo nereálné, případně nemusí být vhodné k tomu, aby klientovi dlouhodobě pomohly. Proto je potřeba, aby terapeuti pečlivě zkoumali, zda se cíle navržené klientem mohou stát záměrem léčby. Mezi kritérii uváděnými v literatuře zaujímá důležitou pozici dosažitelnost. Aby terapeuti mohli klientům pomoci vybrat dosažitelný cíl, potřebují validní informace o tom, jaké cíle by byly pro konkrétního klienta snadné nebo obtížné vzhledem k typu léčby, konkrétnímu prostředí a vlastním charakteristikám terapeuta. Práce na relativně snadných cílech může klientům pomoci s budováním důvěry ve vlastní schopnost změny a může posílit terapeutickou alianci (Berking et al., 2005).

Berking, Grosse Holtforth, Jacobi a Kroner-Herwig (2005) se ve svém výzkumu zaměřil na studium úspěšnosti cílů terapie u 2770 klientů s různou závažností psychických poruch. Zjistili, že klienti s nižší závažností psychické poruchy byli v dosahování terapeutických cílů úspěšnější než klienti s vyšší závažností poruchy. Podobný vzorec se objevil i u klientů s vysokou motivací k psychoterapii v porovnání s méně motivovanými klienty. Studie také ukázala, že klienti jsou více motivováni k dosažení cílů, které jsou v souladu s jejich vlastními přáními, a že vnitřní cíle jsou obecně spojeny s lepšími výsledky terapie než cíle vnější (Michalak & Grosse Holtforth, 2006). Terapeuti by se měli také soustředit na změnu přístupu klientů k problémům, než aby se zaměřovali na vyhýbání se negativním stavům. Záměr změnit přístup poskytuje klientovi něco pozitivního, na čem může pracovat. Naproti tomu snaha něčemu se vyhnout je ze své podstaty problematická, protože vyžaduje, aby si klient připomněl věc, které se chce vyhnout a tím ji učiní významnější (Cooper, 2018). V případě, že klient trvá na svých cílech, které se ukazují jako nereálné, mohou terapeuti pomoci s unášením emocí a poskytnout klientovi prostor pro konzultaci o příčinách negativních stavů.

## 2.4. Stanovení úkolů v pracovní alianci

Stejně jako v případě shody na cílech vyžaduje shoda na úkolech spolupráci terapeuta s klientem. Je vhodné poskytovat klientům informace o možnostech výběru úkolů, které jsou klientům k dispozici. Teoretická orientace terapeutů ovlivňuje předkládané úkoly, pokud se v psychoterapeutickém směru práce formou úkolů využívá. Například terapeut, který je vyškolen v psychodynamické psychoterapii, by navrhoval jiné úkoly než terapeut v behaviorální psychoterapii (Fuertes, 2019). Terapeut společně s klientem sleduje pokrok v plnění jednotlivých úkolů. Jedná se vlastně o rozdělení cílů na menší dílčí úkoly. Může samozřejmě dojít ke změně cíle, například v případě, že dojde ke změně životní situace, nebo klient přejde k cíli změnit přístup z původního cíle vyhýbat se negativním situacím. Také není neobvyklé, že se klient a terapeut pravidelně setkávají, aniž by si určili, jaký by mohl být požadovaný cíl. Terapie bez směru a s otevřeným koncem může někdy trvat roky, přičemž klienti mají pocit, že "proplouvají životem a dostávají se ze dne na den – přežívají, ale nežijí" (Feltham et al., 2018).

Nakonec je důležité poznamenat, že terapeuti musí při nabízení nejpřínosnějších cílů léčby pro konkrétního klienta zvažovat i další typy informací kromě dosažitelnosti. Společné stanovení cílů udává směr terapie, umožňuje hodnotit pokrok a stanoví konečný bod.

## 2.5. Strategie pro efektivní vytváření a udržení pracovní aliance

Timulák (2014) popisuje několik doporučení, podložených výzkumy z psychoterapie, jež by měla přispět k vytvoření spojení, které by bylo dobrým základem terapeutické práce. Již na začátku terapie je vhodné provést rozhovor zahrnující očekávání a cíle klienta, představení způsobu práce terapeuta a dojednání terapeutického kontraktu. Klientova očekávání potom mohou vytvořit rámec pro rozhovor s terapeutem o tom, čeho je možné terapií dosáhnout. V případě, že bude mít klient zájem dozvědět se, jaký pohled na něj terapeut má, nebo jak vnímá jejich vzájemný vztah, terapeut by měl být připraven vyjádřit vlastní perspektivu. V průběhu terapie mohou nastat momenty, kdy by bylo vhodné, aby terapeut vyjádřil vlastní pohled. Například v situaci, kdy klient začne hovořit o tom, jak jej terapeut vnímá. Kromě terapeutova pohledu na samotného klienta či vztah, může být pro klienta také důležitý terapeutův pohled na témata, která jsou pro něj významná. Jednoduše je vhodné, aby byl terapeut transparentní a aby zároveň neposkytoval vlastní pohled sám od sebe, ale spíše při přímém nebo nepřímém dotazu klienta. Pokud je terapeutovo zhodnocení smysluplné a transparentní, posiluje terapeutické spojení a poskytuje bezpečný prostor pro zkoumání důležitých témat. Pro zkvalitňování terapeutické aliance a klientovi autonomie je zásadní, aby terapeut respektoval klientovo tempo a jeho požadavky. Například, když klient mlčí, není potřeba ho hned přerušovat. Pokud klient potřebuje čas na zvážení a zpracování informací, je důležité mu ten prostor poskytnout. Když terapeut respektuje klientovo tempo a požadavky, klient se cítí slyšený a respektovaný, což napomáhá k budování důvěry a spolupráce mezi klientem a terapeutem. V konečném důsledku to může vést ke zkvalitnění pracovní aliance a lepším terapeutickým výsledkům.

### **3. Předpoklady vzniku a udržení pracovní aliance**

V kontextu terapeutické práce je klíčové brát v úvahu, že terapeutická aliance může být silně ovlivněna faktory, které klient a terapeut do terapie přináší. Tyto faktory dokážou buď podpořit vznik a udržení terapeutické aliance, nebo ji naopak zkomplikovat. Klient i terapeut přinášejí do terapie svá očekávání, hodnoty, přesvědčení a zkušenosti, které se mohou projevit v průběhu terapeutického procesu a ovlivnit pracovní alianci. Uvědomování si těchto faktorů může terapeutovi pomoci vytvořit prostor pro komunikaci a získání hlubšího porozumění klientovi, což může vést k vytvoření pevnější terapeutické aliance.

#### **3.1. Faktory na straně terapeuta**

Následující část je zaměřena na soubor vztahových či podpůrných podmínek, které přispívají k tomu, aby mezi klientem a terapeutem byla možná cílevědomá spolupráce, aneb jak mohou terapeuti podporovat definiční znaky pracovní vazby, aby ji vybudovali a udrželi.

##### **3.1.1. Empatie**

Mezi nejnámější facilitační podmínky terapeuta patří empatie, bezpodmínečné přijetí a opravdovost. Tyto podmínky mají kořeny v Rogersově (2007) výroku o postačujících podmínkách pro účinnou terapeutickou změnu. Zejména empatie umožňuje terapeutům částečně se ztotožnit s vnitřním světem klientů. To zahrnuje pochopení klientů z jejich pohledu, sledování jejich emočních reakcí, potvrzení jejich prožitků a objasnění základních pocitů a myšlenek. Pomocí empatie mohou terapeuti získat informace, které jsou zásadní pro rozhodování o tom, jaké kroky mohou být nejlepší pro vytvoření a udržení pracovní vazby v závislosti na jedinečných potřebách klienta a cílech léčby (Hatcher, 2015). Empatie může terapeutům také pomoci prohloubit prožitky klientů a jejich schopnost reflektovat své cíle, pocity a situace, což dále umožňuje rozvoj důvěry a pracovní vazby. K empatii a porozumění také neoddelitelně patří aktivní naslouchání a pokládání otázek, tato část byla již popsána v kapitole 1.2.

##### **3.1.2. Bezpodmínečné přijetí**

Bezpodmínečné přijetí zahrnuje vřelé, trvalé a bezvýhradné přijímání klienta ze strany terapeuta. Reagování na klienty tímto způsobem jim umožňuje říkat a prožívat v terapii cokoli bez obav a odsouzení. Klienti tak mohou vyjádřit to, co potřebují, i když je to obtížné nebo zahanbující. Bezpodmínečné přijetí dává klientům pocit, že na nich terapeutovi záleží a že jsou respektováni takoví, jací jsou. Tyto součásti přijetí jsou klíčovými prvky pouta v pracovní alianci (Fuertes, 2019).

##### **3.1.3. Autenticita**

Třetím činitelem, který hraje významnou roli v budování pracovní aliance je terapeutova opravdovost. Pokud klienti vnímají, že terapeuti jsou při setkání upřímní sami k sobě, může jim být spolupráce s nimi příjemnější, než když se terapeuti schovávají pod profesionální fasádou. Sdílení

svého já s klienty může fungovat jako upřímné odhalení, které posílí pracovní vazbu. Neznamená to, že terapeuti jednoduše říkají, co jim projde hlavou, ale zůstávají otevření svým myšlenkám a pocitům, a pokud je to vhodné, sdílejí je s klienty (Fuertes, 2019).

#### **3.1.4. Důvěryhodnost**

Vnímání terapeuta jako vřelého, empatického a upřímného má vliv na to, do jaké míry ho klienti vnímají jako důvěryhodného. Způsob, jakým terapeuti tyto postoje klientům zprostředkovávají, může probíhat mnoha způsoby. Může se tak dít nenápadně, prostřednictvím očního kontaktu, výrazu tváře a postoje. Případně to může být provedeno prostřednictvím slovních pokynů nebo intervencí terapeutů, které jsou v souladu s jejich teoretickým přístupem. Prakticky každá terapeutova dovednost nebo intervence může vyjadřovat facilitační přístup, avšak bylo zjištěno, že sílu pracovní aliance předpovídá zejména vřelost, aktivní naslouchání, empatie a autentický zájem o klientovy starosti a jeho nitro (Hilsenroth et al., 2011). Vědět, které dovednosti terapeutů přispívají k lepším výsledkům terapie a jak lze tyto dovednosti využít, by mohlo být nesmírně užitečné k posílení pracovního spojení.

#### **3.1.5. Zvládání náročných situací**

Je zjevné, že terapeuti musí být schopni adekvátně reagovat na náročné situace v mezilidských vztazích, tedy na kritické momenty ve vztahu. Tyto momenty mají značnou váhu, pokud jde o dobré výsledky a kvalitní pracovní alianci. V roce 2015 byla provedena randomizovaná klinická studie, která testovala účinnost terapeutů vybraných na základě svých facilitačních interpersonálních dovedností (dále jen FID) a úrovně výcviku. Tyto dovednosti zahrnovaly schopnost efektivní komunikace s klientem, porozumění jeho potřebám a návrh vhodných řešení pro jeho problémy. Studie prokázala, že terapeuti s vysokou úrovní FID měli větší úspěch v dosažení výsledků před a po jednotlivých sezeních a dosahovali výraznějších změn při průběžné terapii než terapeuti s nízkou úrovní FID. Výzkum dále prokázal, že terapeuti s vysokými FID dosahovali v průměru vyšších hodnot v měření pracovní aliance již od prvního sezení než terapeuti s nízkými facilitačními dovednostmi. Zároveň se ukázalo, že klienti u těchto terapeutů vnímali signifikantní zlepšení ve vzájemné spolupráci a pracovní alianci v průběhu terapeutického procesu (Anderson et al., 2015).

Schopnost reagovat na kritické, často emočně nabitě situace během psychoterapie je důležitou dovedností terapeutů. Tyto situace lze označit jako kritické vztahové indikátory. Těmito indikátory jsou momenty, kdy klient odmítá hovořit o svých pocitech, mluví o jiných tématech, popírá své pocity nebo se snaží omezit své reakce. Dalším indikátorem může být, když klient konfrontuje terapeuta jako osobu nebo jeho kompetenci a parametry terapie, například časový limit sezení. Terapeuti by měli být schopni identifikovat tyto indikátory a aktivně pracovat s klientem na jejich řešení, aby se vztah mezi nimi nepoškodil. Vzhledem k tomu, že narušení spojení může být běžnou součástí terapie, je důležité, aby terapeuti byli připraveni se s těmito situacemi vypořádat. Řešení těchto kritických vztahových indikátorů může mít pozitivní vliv na terapeutický proces a zvýšit jeho účinnost. Léčba, v níž existují situace, které jsou napraveny, může mít vyšší účinnost než léčba, v níž nejsou žádné známé narušení spojení (Flückiger et al., 2019).

### **3.1.6. Podpora klienta při zpracování emocí**

Terapeuti musí být schopni pomoci klientům vypořádat se s bolestivými pocity, což představuje klíčový faktor v udržování prosperující pracovní aliance. Nicméně, tato pomoc může klientovi přinášet bolest a je důležité, aby terapeut tento proces správně načasoval. I když terapeut pomůže klientovi čelit základním problémům, je pravděpodobné, že takové situace mohou vést k narušení aliance (Eubanks et al., 2019).

### **3.1.7. Schopnost posunout terapeutické sezení vpřed**

Jedním z klíčových úkolů terapeuta je facilitace terapeutického pohybu v průběhu psychoterapie. Pro terapeuta je důležité, aby věnoval pozornost tomu, když se klient vzdaluje od produktivního zkoumání, vypráví příběhy, mluvil o věcech vzdáleným nebo neosobním způsobem a vyhýbá se klíčovému tématům. V takových případech je úkolem terapeuta pomoci klientovi prozkoumat, co se děje a proč se to děje, nebo alespoň pomoci přivést ho zpět ke zkoumání terapeutického materiálu. Je tomu tak i v případě, kdy neproduktivní téma představuje způsob vyjadřování klienta. V takových případech je důležité přijmout způsob vyprávění, pokusit se jej aktivně zastavit, ale přesto pomoci klientovi jít za něj a dostat se k produktivnějšímu obsahu (Gelso, 2018). Záleží také na přístupu, humanistické směry například odbočky klientů považují za součást sdílené zkušenosti.

## **3.2. Faktory na straně klienta**

Psychoterapie je komplexní proces, který zahrnuje interakci dvou klíčových osob: terapeuta a klienta. Poté, co jsem se zaměřila na roli terapeuta v rámci terapeutické aliance, je nezbytné nezanedbat ani významný vliv faktorů na straně klienta.

### **3.2.1. Motivace a otevřenost**

Motivace je považována za klíčovou součást terapeutického procesu, ať už jde o zahájení či udržení se v léčbě, chování při vyhledávání pomoci, pozitivní výsledky v neuzívání návykových látek a dlouhodobé udržení terapeutických výsledků. Je obecně známo, že motivovaní klienti mají výrazně lepší výsledky léčby než ti, kteří k terapii motivováni nejsou. V kontextu užívání návykových látek, zahrnuje vnitřní motivace emocionální, kognitivní a fyzickou motivaci. Mezi tyto vnitřní faktory patří například tíseň, touha po změně, nespokojenost se současnou situací a uznání toho, že užívání návykových látek je problémové (Hiller et al., 2002). Naopak vnější motivace je odvozena od vnějších tlaků, zahrnujících ztrátu rodiny, zaměstnání nebo příjmu. Jedinec může mít vysokou vnitřní i vnější motivaci nebo vysokou vnitřní, ale žádnou vnější motivaci. Motivace je považována za přechodný jev, který je prožíván kontinuálně, přičemž každý jedinec má určitý stupeň vnitřní a vnější motivace (Klag et al., 2005).

Navázání a udržení dobrého terapeutického spojení může být složitější při práci s některými klinickými skupinami. Vlastnosti, které se běžně vyskytují u klientů přicházejících na léčbu poruchy způsobené užíváním návykových látek, jako jsou poruchy osobnosti a historie

zneužívání, bývají spojeny s vyšší mírou nedůvěry, horší emoční regulací a obtížemi v navazování mezilidských vztahů. To může způsobit, že navázání a udržení dobrého terapeutického spojení je s některými klienty užívajícími návykové látky obzvláště náročné (Macneil et al., 2009).

Výsledky studie, která se zabývala vztahem mezi motivací a terapeutickou aliancí u klientů v komunitní léčbě drogové a alkoholové závislosti, naznačují, že klienti se silnou terapeutickou vazbou na začátku léčby vykazují větší vnitřní motivaci a menší vnější motivaci v téže době. Tyto výsledky ukazují, že klienti, kteří jsou vnitřně motivováni k účasti na léčbě, jsou možná vnímavější k pozitivnímu vztahu s terapeutem a složkám aliance, zatímco rozvoj a identifikace těchto proměnných jsou méně důležité u klientů, kteří zažívají vysoký vnější tlak na účast v léčbě. To může souviset s tím, jak aktivně je jedinec psychologicky a kognitivně zapojen do terapie, což hraje významnou roli v efektivní léčbě klientů a jejich zapojení do terapeutického procesu (Rosen, 2004). Výsledky také odhalují významný vztah mezi otevřeností a motivací k léčbě, přičemž ti, kteří uvádějí vysokou vnitřní motivaci, jsou výrazně otevřenější než klienti s vysokou vnější motivací. To potvrzuje i Norcross (2010) a naznačuje, že klienti s vnitřní motivací mají větší tendenci sdílet informace a aktivně se zapojovat do interpersonálního vztahu s terapeutem. Dává tedy smysl, že klienti motivovaní k léčbě vnějšími vlivy mohou být vůči terapeutovi zdrženlivější a méně otevření, protože jejich cíle, účel a motivace k účasti na terapii se teprve vyvíjejí.

Další výsledky studie založené na šestadvaceti interview, které publikovali Levittová, Butler a Hill (2006) ukázaly, že klienti ve vztahu s terapeutem nejvíce oceňovali důvěru, věrohodnost a to, že v životě našli někoho, kdo je respektuje. V kvalitním pracovním spojení by důvěra neměla chybět, klient by měl ve společnosti terapeuta cítit dostatek bezpečí a jistoty na to, aby se dokázal otevřít a společně prozkoumávat své prožitky. Existenci terapeutického vztahu si totiž klient neuvědomuje pouze v konkrétních okamžicích setkání, ale po celou dobu jeho trvání, mezi sezeními a mnohdy i po dokončení léčby. Vědomí, že si později o náročnou situaci a pocity, které prožívá, bude moci promluvit s terapeutem, může vést k odlišnému zvládnutí situace (Vybíral, 2016).

### **3.2.2. Psychoterapie u klientů s poruchou osobnosti**

Léčba klientů s poruchami osobnosti nás zavádí do složitého a citlivého terapeutického prostředí, kde se setkáváme s jedinečnými výzvami. Tato léčba může být obzvláště obtížná vzhledem k jejich vztahovým obtížím, které ovlivňují navázání a udržení terapeutického spojení. Výsledky výzkumu zabývajícího se spojitostí mezi poruchami osobnosti a terapeutickou aliancí naznačují, že klienti s paranoidní a schizoidní poruchou osobnosti vnímají navazování terapeutické aliance jako náročnější než klienti s narcistickou, hraniční nebo histrionskou poruchou osobnosti. Tento výsledek není překvapivý, uvážíme-li, že pro klienty s paranoidní či schizoidní poruchou je charakteristické uzavírání se do sebe, otažitost, odmítání vztahů a přesvědčení, že ostatní lidé jsou nepřátelští (Lingiardi et al., 2005). Tato zjištění nevyvozují závěr, že by klienti s psychopatologickou diagnózou nebyli schopni navázat terapeutickou alianci, nicméně pro ně bude tento proces komplikovanější.



### **3.2.3. Deference neboli podřizování**

V rámci faktorů na straně klienta se Rennie věnoval jevu, který je známý jako "deference," což lze definovat jako opakované podřizování se klientů terapeutům. Deference zahrnuje tendenci klientů přijímat názory, pravidla a vědomosti terapeuta jako nadřazené a podřizovat se jim (Rennie, 1994). Klienti často projevují deferenci vůči terapeutovi tím, že se nevyjadřují svůj nesouhlas. Tento jev může být způsoben různými faktory, jako je obava z ranění terapeutových citů, pocit, že kritika terapeuta není vhodná, nebo víra v odbornost terapeuta. Klienti se také mohou cítit být v pozici pacienta, který je na terapeutovi závislý, což jim může bránit ve vyjádření svých názorů (Rennie, 1994). Podobné výsledky ohledně přizpůsobení se terapeutovi byly pozorovány i v jiné studii prováděné metodou Interpersonal Process Recall (IPR) s klienty trpícími generalizovanou úzkostnou poruchou (Morrison et al, 2017). Celkově lze tedy konstatovat, že faktor deference má v terapeutickém prostředí významný vliv na interakci klientů s terapeutem.

### **3.2.4. Terapie očima klienta**

Jak ukázala řada studií (Duncan et al., 2004; Mackrill, 2008), klienti postupně formují své vlastní teorie a přesvědčení týkající se toho, jak by měla terapie probíhat, co je v ní důležité a jaké strategie by pro ně mohly být efektivní. Tyto individuální názory, označované jako "teorie změny," hrají v procesu terapie také svou roli.

V průběhu psychoterapie se tyto teorie změny postupně projevují a stávají se součástí terapeutické dynamiky. V tomto kontextu je vhodné, jak uvádí Duncan et al. (2004), aby terapeuti v úvodních fázích terapie aktivně hledali a snažili se pochopit klientovu teorii. Toto pochopení umožňuje terapeutům přizpůsobit terapeutický přístup tak, aby lépe vyhovoval klientovým přesvědčením, a to i v případech, kdy se klientovy teorie zdají být na první pohled v rozporu s teoretickým rámcem terapeuta či obvyklými postupy v terapii.

Autoři knihy Hrdinský klient prezentovali příklady, kde terapeuti prokázali otevřenost a flexibilitu vůči klientovým teoriím, které se na začátku terapie jeví jako neadekvátní či dokonce nesprávné. Tato schopnost terapeuta adaptovat se na klientovy názory vedla k posílení pracovní aliance mezi terapeutem a klientem. I v situacích, kdy klientovy představy byly výrazně odlišné od teoretického zaměření terapeuta a obvyklých terapeutických postupů, tato otevřenost a flexibilita terapeuta podpořila klienta v jeho cestě k dosažení pozitivní změny (Duncan et al., 2004; Dubovská, 2020).

Celkově lze tedy konstatovat, že brát ohled na klientovy teorie změny může ovlivnit úspěšnost terapeutického procesu. Toto pochopení a adaptace na klientovy názory podporují pracovní alianci a přispívají k vytváření prostředí, které usnadňuje dosažení pozitivních terapeutických výsledků.

### 3.2.5. Terapeutické směry vs. klient

Samotný klient hraje v utváření pracovní aliance klíčovou roli. Faktory spojené s klientem mohou výrazně ovlivnit sílu a povahu této aliance. Tři hlavní teoretické směry v psychoterapii kladou různé nároky na klienta a vyžadují různou míru síly pracovního spojení a skutečného vztahu.

Přístup zaměřený na člověka klade důraz na schopnost klienta efektivně spolupracovat s terapeutem, upřednostňuje reflexivní přístup klienta a poskytuje omezenou míru směřování a struktury ze strany terapeuta. Tento typ intervence může být pro některé klienty poměrně náročný, protože nemusí být zvyklí komunikovat s druhými tímto poměrně intimním způsobem, a proto je zapotřebí pevný základ důvěry a respektu v rámci pracovní vazby (Fuertes, 2019).

Klasická psychoanalýza klade na klienty náročné požadavky, jako je schopnost volně asociovat, což může být emocionálně náročné. Klienti také čelí intenzivním terapeutickým sezením několikrát týdně po dlouhou dobu. Navíc se očekává, že klient bude vnímat vše v prostředí, o které se analytik zajímá. Pracovní vazba může také usnadnit proces volných asociací, vyjádření potlačeného materiálu a reakce klienta na terapeutovy interpretace. Všechny tyto faktory vyžadují od klienta značnou psychickou sílu a vytváření silné pracovní aliance s terapeutem (Fuertes, 2019).

Na druhé straně, v rámci kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je klientovi svěřena role provádět domácí úkoly navržené terapeutem. Klient si po dohodě s terapeutem vybírá a bere domácí úkol, aby na žádoucí změně pracoval i mezi sezeními. Tato část terapie je pravděpodobně méně emocionálně náročná (pokud jsou úkoly správně nastaveny). Tradiční KB terapeut tedy bude dbát na vazbu spojení v takové míře, aby mohl podpořit aplikaci technik a povzbudit klienty, aby se i nadále věnovali aktivitám nebo úkolům, které navazují na to, co se během sezení učí, aby změnil své myšlení a/nebo chování (Gelso, 2018).

Je podstatné si uvědomit, že různí klienti mohou mít od svých terapeutů odlišné očekávání a potřeby. Tento faktor, musí být brán v úvahu při budování silné pracovní aliance v rámci různých terapeutických směrů.

### 3.3. Shrnutí

V úspěchu terapeutického procesu sehrává klíčovou roli kvalita pracovní aliance mezi terapeutem a klientem. Formování a posilování aliance je primárně ovlivňováno faktory na straně terapeuta. Empatie je jedním z nejvýznamnějších aspektů, umožňující terapeutovi vcítit se do klientovy perspektivy a tím vytvořit základ pro efektivní spolupráci. Bezpodmínečné přijetí vytváří prostředí, kde se klient cítí respektován a bez obav sdílí své pocity a myšlenky. Důvěryhodnost terapeuta, vyjádřená vřelostí a aktivním nasloucháním je pro vytvoření silné pracovní aliance rovněž klíčová. Terapeutova autenticita a otevřenost jsou dalšími faktory, které přispívají k hlubšímu propojení s klientem. Důležitým prvkem je také schopnost terapeuta adekvátně reagovat na náročné situace v rámci vztahu. Identifikace konfliktů a aktivní práce na jejich řešení je podstatná pro udržení kvality terapeutické aliance. Terapeutická podpora při zpracování emocí je nezbytná, avšak musí být provedena citlivě a v příhodný čas.

Je však potřeba si uvědomit, že konečný výsledek závisí na klientovi, jeho motivaci, schopnosti navázat vztah a využít terapeutický proces. Motivace a otevřenost klienta jsou v terapii zásadním tématem. Motivovaní klienti dosahují častěji pozitivních výsledků, a to jak při odvykání od návykových látek, tak v psychoterapeutickém procesu. Na druhé straně klienti, kteří jsou motivováni především vnějšími tlaky, mohou být vůči terapeutovi zdrženlivější. Klienti s psychopatologickou diagnózou nebo více depresivními epizodami mohou mít větší obtíže s navazováním terapeutické aliance, avšak to neznamená, že jsou neschopní vytvořit terapeutické spojení. Dalším faktorem na straně klienta je fenomén deference, kdy se klient příliš podřizuje terapeutovi, což může bránit otevřené komunikaci. Budování pracovní aliance mohou také ovlivnit klientovi představy o průběhu terapie a o tom, jaké strategie by pro něj mohly fungovat i v případě, kdy jsou tyto představy výrazně odlišné od teoretického zaměření terapeuta a obvyklých terapeutických postupů. Každý terapeutický směr má své specifické metody a může od klienta vyžadovat různou míru spolupráce a angažovanosti, ale společným cílem je zlepšení klientova duševního zdraví, životní kvality a schopnosti řešit osobní problémy. Je tedy důležité brát v úvahu individuální potřeby a očekávání klienta, aby byla pracovní aliance co nejefektivnější a prospěšná.

## 4. Následná péče

Terapeutická aliance je v této práci zkoumána v kontextu probíhající léčby v následné péči. Proto bych v závěru teoretické části ráda věnovala pár řádku popisu tohoto typu léčby.

Následná péče je důležitou součástí léčby závislostí, která může klientům pomoci udržet si dlouhodobou abstinenci a zlepšit kvalitu jejich života. Kruhový model ukazuje, že následná péče je poslední fází v procesu změny (Kalina, 2008). Tato fáze je zaměřena na udržení a posilování změn, které klient dosáhl během předchozích fází (např. motivace, příprava, akce). Následná péče pomáhá klientům nejen udržet abstinenci, ale také zvládat stresové situace a budovat zdravé vztahy. V této fázi může být terapeut důležitým partnerem, který pomáhá klientovi udržet motivaci, posilovat sebevědomí a vybavit ho potřebnými nástroji k tomu, aby byl úspěšný v dosahování svých cílů.

### 4.1. Cíle následné péče

Stěžejním cílem následné péče je pomoci klientovi překonat náročné období přechodu z léčebného prostředí do běžného života. Hlavním úkolem je pomoci klientovi udržet změny, kterých dosáhl během léčby, a stabilizovat jeho stav tak, aby se mohl ve společnosti fungovat normálním způsobem (Kuda, 2001). Toto období může být pro klienta obtížné a náročné, a proto je důležité, aby byl v této fázi klientovi poskytnut podpůrný rámec a nástroje, které mu umožní úspěšně se přizpůsobit novým situacím a vyrovnat se s překážkami a výzvami běžného života.

V průběhu následné péče pracuje terapeut s klientem na odstranění či zmírnění faktorů, které jsou spojeny s relapsem, jako je například nedostatečná podpora ze strany vztahové sítě, nezaměstnanost nebo nedostatek volnočasových aktivit. Naopak, posilují se faktory spojené s udržením abstinence, aby se klient mohl lépe vyrovnat se stresovými situacemi a zvládat každodenní výzvy. Následná péče je také založena na předpokladu, že pokračující podpora po dokončení léčby může klientovi pomoci udržet změny a dosáhnout dlouhodobého úspěchu v procesu změny.

Dalšími cíli následné péče je zlepšení jeho schopnosti předcházet relapsům, posílení jeho dovedností a sebeúcty, a celková podpora jeho osobního růstu. Důležitým prvkem této fáze je také pomoci klientovi zvládnout jeho sociální role v běžném životě. Nicméně, každý klient má jedinečné potřeby a cíle, konkrétní plány následné péče se proto stanovují individuálně v souladu s potřebami klienta (Kuda, 2001).

### 4.2. Délka léčby v následné péči

Obecně se doporučuje minimálně šestiměsíční délka setrvání v následné péči. Avšak dle Kudy (2003), je období mezi šesti a devíti měsíci po dokončení léčby pro závislého velmi náročné a v také se v něm objevuje zvýšené riziko relapsu. Aby se maximalizovala šance na úspěch a udržení změn v chování, doporučuje poskytovat služby následné péče alespoň po dobu jednoho roku od dokončení základní léčby.

Léčebné programy doléčování klientů jsou obvykle rozděleny do několika fází, aby se lépe monitoroval jejich pokrok a cíle. To poskytuje přehled nejen o tom, kde se klient v procesu změny

nachází, ale také umožňuje terapeutům nalézt strategie pro podporu klienta na jeho cestě k uzdravení. Navíc, díky poznamenávání pokroků a nezdaru v rámci jednotlivých fází, je možné sledovat, jak klienti reagují na různé intervence a upravovat je tak, aby lépe vyhovovaly jejich individuálním potřebám. Celkově tak rozdělení programu doléčování do fází poskytuje nejen strukturu pro práci s klienty, ale také umožňuje systematické hodnocení a vylepšování celého procesu.

Následná péče může být dlouhodobý proces a vztah mezi terapeutem a klientem je jednou z nejdůležitějších součástí úspěšného zotavení. Terapeut by měl být ochotný pracovat s klientem v průběhu dlouhodobého procesu a pomoci mu najít cestu ke zdravému a šťastnému životu bez závislosti.

### 5. Cíle výzkumu

Cílem práce je prostřednictvím dotazníků WAI a polostrukturovaných rozhovorů zmapovat tři aspekty pracovní aliance mezi terapeutem a klientkou v prostředí následné péče. Práce si klade si za cíl porozumět tomu, jak tento vztah oba účastníci vnímají. Zkoumání této aliance pomáhá porozumět tomu, jak vytvářet a udržovat vztahy s klienty, což může zvýšit šance na úspěch léčby. Adiktologové se často setkávají s klienty, kteří mají komplexní vztahové problémy. Mapování terapeutické aliance pomáhá identifikovat možné problémy v terapeutickém vztahu a ukazuje na možnosti práce s nimi takovým způsobem, aby nedocházelo k narušení celkové terapie. Z pohledu studentky adiktologie vnímám zkoumání terapeutické aliance jako důležité pro efektivní a etickou práci s klienty.

#### 5.1. Výzkumné otázky

1. Došlo mezi terapeutem a klientkou ke zformování pracovní aliance?
2. Jak hodnotí pracovní alianci a její jednotlivé aspekty terapeut?
3. Jak vnímá pracovní alianci klientka?
4. Které aspekty pracovní aliance vnímají jako pozitivní nebo naopak negativní?

#### 5.2. Metody sběru dat

S ohledem na cíle mého výzkumu, které spočívaly v detailním zkoumání terapeutické aliance mezi dvěma jednotlivci, byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Kvalitativní typ výzkumu mi umožnil zaměřit se hlouběji na individuální perspektivy aktérů, což bylo pro tuto práci klíčové. Nicméně některé aspekty terapeutické aliance, jako je například změna v klientově nebo terapeutově vnímání aliance během určitého času, lze lépe kvantifikovat pomocí dotazníkového šetření. Z dotazníků byla tedy získána kvantitativní data, která byla rozvedena polostrukturovanými rozhovory, což mi poskytlo širší kontext pro interpretaci dat. Výzkumný soubor tvořili dva respondenti – terapeut a klientka. Pro sběr dat byl použit dotazník WAI doplněný o polostrukturovaný rozhovor. Oba respondenti vyplnili dotazník dvakrát s půlročním odstupem. Z části byl proveden i specifický tzv. nativní rozhovor, kdy měli klientka i terapeut možnost vyprávět svůj příběh volně bez mého zásahu. Rozhovory byly prováděny v prostorách vyhrazených pro skupinovou terapii, které byly klientce i terapeutovi dobře známé. Otázky byly připravené předem a během rozhovorů byly doplněny o dotazy, které během nich vyvstaly. Získaná data byla následně zpracovávána a interpretována s využitím odborné literatury.

##### 5.2.1. Dotazník WAI

Dotazník WAI (Working Alliance Inventory) slouží k měření kvality pracovní aliance v rámci terapeutického vztahu. Tento dotazník se skládá z 36 otázek. Dotazník je bodován pomocí sedmibodové Likertovy škály, která umožňuje respondentům vyjádřit své hodnocení a postoje k jednotlivým položkám. Dotazník WAI se ukázal jako užitečný nástroj jak pro občasné hodnocení

pracovní aliance, tak i pro častější sledování vývoje této aliance během terapeutického procesu (Roubal et al., 2019)

Hlavním cílem dotazníku WAI je analyzovat tři hlavní faktory pracovní aliance. Těmito faktory jsou:

Dohody na cílech terapie: Tento faktor se zaměřuje na to, do jaké míry klient a terapeut souhlasí s terapeutickými cíli a jak aktivně na jejich dosahování spolupracují.

Způsoby dosahování cílů: Tento faktor se zabývá způsoby, jakými klient a terapeut spolupracují na dosahování stanovených terapeutických cílů a strategiích, které k tomu používají.

Vazba mezi klientem a terapeutem: Tento faktor zkoumá emocionální aspekty pracovní aliance, včetně důvěry, respektu a sympatie mezi klientem a terapeutem.

Dotazník WAI poskytuje kvantitativní data, která mohou být výzkumně i klinicky využita k hodnocení kvality pracovní aliance a sledování změn v ní během terapeutického procesu.

### **5.3. Etické náležitosti**

Před zahájením zpracování této práce jsem získala ústní souhlas klientky i terapeuta. Oba byli plně seznámeni s cílem práce a vyjádřili svůj souhlas s tím, že získané informace budou publikovány v bakalářské práci při dodržení anonymizace osobních údajů. Souhlas byl dobrovolný a oba měli možnost kdykoli ho odvolat. Klientka i terapeut zůstávají v práci anonymní, jejich skutečná jména nebyla uvedena, a žádné konkrétní instituce, města ani osoby, které se jich týkají, nebyly identifikovány. Všechny informace, které by mohly vést k odhalení jejich totožnosti, byly zpracovány tak, aby byla zachována jejich ochrana. Oba participanti souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon, který byl použit výhradně pro účely zpracování této bakalářské práce. Záznam byl pečlivě uložen a po dokončení práce byl bezpečně smazán. Žádné kopie nahrávky nebyly vytvořeny. Rozhovor probíhal v prostředí, které bylo společně dohodnuto a oba participant byli informováni, že nemusí odpovídat na otázky, které by jim připadaly nepříjemné. Měli také možnost klást otázky nebo ukončit rozhovor kdykoli cítili, že v něm nechtějí pokračovat. Kromě toho byli klientka a terapeut požádáni o vyplnění dotazníků, které byly součástí výzkumného procesu. Tyto dotazníky byly zpracovány tak, aby byla zachována anonymita obou respondentů.

## **6. Respondenti**

S klientkou jsem se setkala během své praxe v centru následné péče. V době sběru dat trvala klientčina léčba v následné péči 3 roky. Do následné péče nastoupila po úspěšně dokončeném pobytu v psychiatrické nemocnici, kde absolvovala léčbu závislosti na lécích a alkoholu. Současně s individuální terapií zde navštěvuje i terapii skupinovou. Měla jsem příležitost účastnit se jak skupinové, tak individuální terapie, kde jsem ji navrhla, aby mi dělala respondentku pro účely této práce. Anna hodnotí centrum následné péče velmi kladně, zejména vztah ke svému terapeutovi. Závislost Anny není v současnosti hlavním tématem, věnuje se spíše problematice vztahů. Anna bydlí sama a pracuje v kulturním centru, kde je spokojená. Situace v rodině není ideální, protože s matkou moc nekomunikuje a s otcem také nemá blízký vztah. Vylepšování rodinných vztahů momentálně není její prioritou, více se soustředí na své partnerské vztahy. Vybírá si partnery, kteří

ji ponižují. Terapeut se domnívá, že Anna pravděpodobně potřebuje podobný silně negativní zážitek jako s alkoholem, který by ji odradil od podobných typů mužů. V současnosti užívá antidepresiva a jejich dávku pečlivě sleduje lékař.

## **6.1. Klientka Anna**

V rámci kvalitativního výzkumu, který má za cíl poskytnout hlubší porozumění subjektivním zkušenostem jednotlivců, byl proveden rozhovor s klientkou, jehož účelem bylo získat podrobné informace o jejím osobním příběhu. Rozhovor byl strukturován tak, aby poskytl klientce dostatečný prostor pro vyjádření jejích myšlenek a pocitů, a to bez vnějšího vlivu či směřování z mé strany. Výsledné údaje jsou tedy souhrnem narativů poskytnutých klientkou.

### **6.1.1. Rodinné vztahy**

Anna vyrůstala s oběma rodiči a o rok mladším bratrem. Své dětství popisuje jako ne úplně ideální, ale nemůže říct, že by nějakým způsobem strádala. Nejvíce problémovým článkem byla Annina matka, která trpí narcistickou poruchou osobnosti. Matka byla velmi přísná a nedokázala ji poskytovat citovou podporu, čímž vytvářela náročné prostředí. Její výchova byla založena na přesvědčení, že "život je krutý a Anna musí být samostatná". Vztah s otcem byl o něco lepší, ale Anna neměla důvěru, že by se na něj mohla obrátit s problémy. V rodině se objevují vzorce "chudáka" a "narcisty", které se opakují mezi různými členy rodiny, včetně Annina bratra. Anna a její bratr nemají špatný vztah, ale bratr je v rodině dominující a matka ho akceptuje více než Annu. V rodině nedošlo k významným konfliktům, ačkoli vztahy nikdy nebyly ideální. Anna se přestěhovala do jiného města kvůli práci, ale vztahy se nezlepšily. Co se týče Anniny závislosti na lécích, na začátku v tom rodiče nespátřili žádný problém, protože jsou lékaři a věděli, že léky jsou předepsány na její úzkost. Původ úzkostí s Annou však hlouběji neřešili. Ani později, když se Anna zapojila do léčebného procesu, ji žádným způsobem nemotivovali. V současné době Anna komunikuje se svou rodinou jen zřídka. Žije v jiném městě a vztahy se nikdy zásadně nezlepšily. Díky terapii si Anna nastavuje nové hranice a učí se vymezovat i ve vztahu k členům rodiny. S matkou téměř nekomunikuje. S otcem ano, ale jejich rozhovory se týkají převážně otcových stížností na matku Anny. Na otázku, zda si myslí, že se vztah s matkou někdylepší, odpověděla, že si to nemyslí a ani o to už nestojí.

### **6.1.2. Psychologicko-psychiatrická léčba**

První příznaky panického záchvatu se u Anny objevily už v jejích 13 letech, panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost) ji byla diagnostikována až o 3 roky později, kdy se poprvé setkala s psychiatrickým vyšetřením. Během panické ataky se objevuje třes, pocení, zrychlený tep, nauzea či strach ze smrti. Jelikož Anniny rodiče byli lékaři, znala různé choroby už od dětství. Bála, že se některé z nich mohou objevit i u ní. Vzpomíná si, že její první panická ataka se objevila v noci, poté, co začala myslet na nemoc, kterou viděla ve filmu. Tou dobou se u Anny tento stav objevoval spíše nárazově. Pravidelnější a častější ataky prožila v 16 letech, kdy se dostala do péče dětské psychiatricky poté, co omdlela ve škole. Anně byly předepsány benzodiazepiny. U této lékářky zůstala i v dospělosti, poději spolu řešily vysazování léků, na kterých se u Anny rozvinula závislost.



Benzodiazepiny se staly prvními léky, na kterých si Anna vytvořila závislost. Poprvé vysazovala léky ambulantně ve 20 letech. Poté jí byl předepsán Rivotril a následně Pregabalin. Tyto léky vysazovala během pobytů v psychiatrické léčebně. Blíže je vývoj užívání a léčeb rozepsán v adiktologické anamnéze.

V průběhu 6 let vystřídala 3 terapeuty, se kterými se zabývala především svými úzkostmi. Měla však pocit, že jim nemůže věřit, a tak k nim nebyla upřímná a často o svých problémech nemluvila. Chyběl jí pocit, že ji terapeut rozumí a přijímá takovou jaká je. Aktuální terapeut ji „sednul“ a co se týče psychoterapie měla poprvé pocit, že se může otevřít a nebude odmítnuta. V současné době užívá pouze antidepresiva (Trittico, Venlafaxin), u nichž nepocituje potřebu navyšovat dávku. Sděluje, že užívání těchto léků jí pomáhá k tomu, aby se cítila normálně a občas zaznamenává zlepšení nálady.

### **6.1.3. Návykové látky v životě klientky**

Anna se poprvé napila alkoholu v 15 let na oslavě. Od 18 let začala pravidelně užívat alkohol na různých společenských akcích. V té době si všimla, že má nižší toleranci na alkohol než její vrstevníci. V 18 letech zkusila cigarety, v té době ji to nijak nezaujalo. Pravidelně začala kouřit až ve 23 letech kvůli stresu. Kromě pokusu s marihuanou ve 24 letech neexperimentovala s žádnými jinými nelegálními drogami. Z jiných návykových látek měla velký respekt. Po třetím užití marihuany zažila nepříjemné úzkostné stavy a rozhodla se v tom nepokračovat.

V 16 letech jí dětská psychiatrická předepsala benzodiazepiny (Oxazepam) kvůli úzkostem. Postupně začala zvyšovat dávky a přidala hypnotikum Stilnox kvůli problémům se spánkem. Ve 20 letech si uvědomila, že má problém s užíváním léků a rozhodla se je ambulantně vysadit. Ovšem, i po vysazení se setkala s podobným scénářem s lékem Rivotril. Tento vzorec závislosti se opakoval, a ve 24 letech začala kombinovat léky s alkoholem. Označila se za "kvartální alkoholičku". Alkohol nechtěla užívat na denní bázi, protože takto dle svých slov nedokázala fungovat. Ve 25 letech se rozhodla absolvovat svůj první plánovaný měsíční pobyt v psychiatrické léčebně s cílem vysadit Rivotril. V té době ještě neřešila svou závislost na alkoholu.

Úspěšně se jí podařilo vysadit Rivotril a začala užívat Pregabalin, který jí byl prezentován jako nenávykový. Nicméně i na Pregabalinu si vytvořila závislost, protože jí přinášel příjemné stavy. V kombinaci s Pregabalinem užívala i lék na spaní Trittico (který stále užívá) a antidepresivum Olwexya. Anna si všimla svého problémového užívání ve chvíli, kdy spotřebovala měsíční balení Pregabalinu rychleji, než bylo určeno. Informovala o tom svou psychiatrickou. Ta jí doporučila pokračovat v užívání léku podle předpisu.

Ve 26 letech se po dohodě s psychiatrickou rozhodla podstoupit druhou plánovanou měsíční léčbu v psychiatrické léčebně, tentokrát s cílem vysadit Pregabalin. To se nakonec podařilo. Během léčby se rovněž řešilo její užívání alkoholu. Měsíc po propuštění si Anna opět sehnala Pregabalin přes internet a začala ho užívat spolu s občasným pitím alkoholu.

Ve věku 31 let byla ve vztahu se svým bývalým přítelem a kvůli pandemii covid-19 trávila hodně času doma. Anna si uvědomila, že měla mnoho příležitostí k pití alkoholu, například při home office nebo v důsledku chování svého partnera. Zlomový moment nastal, když Anna požila vyšší dávku alkoholu a nereagovala na své spolubydlící. Ti o ni měli strach a zavolali záchranou službu. Anna

byla převezena na záchytku a připoutaná k lůžku. Tuto zkušenost hodnotí jako nejhorší ve svém životě. Následně byla převezena na oddělení detoxu a v léčbě pokračovala další 2 měsíce. Na této třetí léčbě v psychiatrické nemocnici se věnovala své závislosti na lécích a poprvé si přiznala závislost i na alkoholu. Během léčby si uvědomila, že závislost se v jejím životě netýká pouze konkrétních látek, ale i vztahů. Uvědomila si, že navazuje závislé vztahy a že její partner se k ní chová stejně necitlivě jako matka. Často měla pocit, že o ní nemá zájem a svým chováním se dotýkal jejich traumat z dětství. Od té doby abstínuje.

#### **6.1.4. Partnerské vztahy**

Anna měla pocit, že s partnerskými vztahy začala pozdě. Na střední škole se cítila neatraktivní a nevěřila tomu, že by o ní někdo jevil zájem. Svůj první vážný vztah zažila ve 21 letech. Právě v něm začala Anna vnímat vztahovou dynamiku v tom smyslu, že jeden z páru byl submisivní a druhý dominantní. V tomto vztahu Anna zaujala roli dominující osoby. Popisuje sebe v tomto vztahu jako hysterickou a neférovou osobu, která chtěla, aby s ní partner trávil veškerý čas a zpětně to hodnotí jako svou chybu. Během této doby se také začal projevovat její problém s alkoholem, který situaci ještě zhoršil. Když s ní partner netrval dostatek času, užívala alkohol, aby se zbavila nepříjemných pocitů. Po 2,5 letech se s partnerem rozešla a brzy poté nastoupila na léčbu, aby vysadila Rivotril.

Během první léčby si Anna uvědomila, že by se ve vztahu chtěla chovat jinak – být bezproblémová, chápat a nevyčítat partnerovi nic. Její chování v prvním vztahu ji připomínalo matku a nechtěla se jí podobat. Mezi 24. a 30. rokem života měla tři různé partnery, ale těmto vztahům nepřikládá zvláštní význam. Uvědomuje si ale, že často slevovala ze svých nároků a tvářila se, že jí nic nevadí i když se cítila nepříjemně.

Její poslední vztah, který trval přibližně rok, byl zlomový. Anna přešla ze své dominantní role na extrémně podřízenou a její partner toho zneužíval. Nebral na ni ohled a když měl špatnou náladu, tak ji ponižoval. Své chování omlouval tím, že je prostě naštvaný a sice si to uvědomuje, ale nechce s tím nic dělat (kromě krátké návštěvy psychiatra, která podle něj nepomohla). Anna si vyčítala, že se na něj zlobila a obviňovala se za přehnané nároky. Během své třetí léčby v psychiatrické nemocnici ve svých 31 letech zjistila, že ji její partner v té době podvádí. Chtěla mu to odpustit, ale při terapiích v doléčovacím centru si uvědomila, jak nevhodný pro ni její partner je. Také si uvědomila, že neměla přehnané nároky a že na jejích pocitech záleží. Dlouho se jí nedařilo s ním rozejít, chtěla si tento vztah udržet. Zkoušela potlačit zklamání, když na ni partner nebral žádný ohled, protože se bála, že ho ztratí, Anna cítila, že je na partnerovi emocionálně závislá a časem si během terapií uvědomila, že se její partner se nikdy nezmění a že pokud neodejde, bude zažívat stejné pocity stále dokola. Byla rozhodnuta abstinovat, ale pokaždé když se s partnerem pohádali bylo pro ni velmi náročné nesáhnout po alkoholu. Uvádí, že při abstinenci ji držela vidina dalšího sezení a vědomí, že si o svých pocitech může s někým promluvit. Poslední tečkou v tomto vztahu byl moment, kdy zjistila, že se její partner večer chystá setkat s jinou ženou. Nevládala prožívat další úzkosti a cítila beznaděj. Definitivně se rozhodla ukončit vztah. Pár týdnů po rozchodu si uvědomila, že se cítí lépe, její úzkosti se razantně zmenšily.

Anna uvedla, že stále cítí přitažlivost k podobným typům mužů a přitahují ji pouze dominantní jedinci, o které musí usilovat. Je si vědoma, že to může být problém a takoví muži se mohou chovat podobně jako její bývalý partner, ale jiné typy mužů ji zatím nepřitahují.

## 6.2. Terapeut

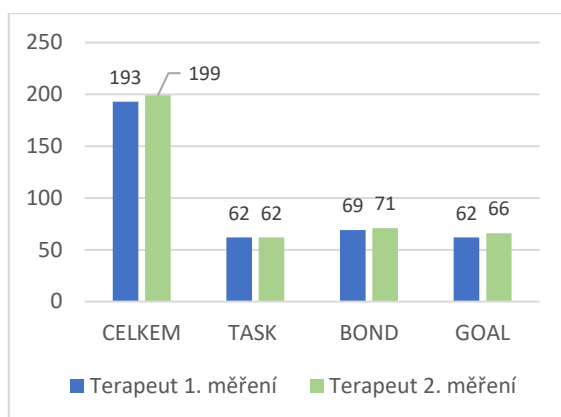
V rámci zařízení pro následnou péči je působící již po dobu 18 let. Jeho odborný profil obsahuje výcviky, mezi něž patří výcvik SUR, kurz Ericssonovské hypnózy a rovněž výcvik v oblasti Gestalt terapie. Kromě své hlavní náplně práce, kterou představuje psychoterapie, působí také aktivně v oblasti harm reduction. Za účelem výzkumu pro tuto bakalářskou práci byl tento terapeut vybrán společně s jednou z jeho klientek. Tento výběr byl motivován mojí osobní účastí na jejich individuálních terapeutických sezeních, kde jsem měla možnost pozorovat jejich vzájemnou interakci. Právě dynamika jejich vztahu mě vedla k rozhodnutí prozkoumat jejich terapeutickou alianci hlouběji. Další údaje byly z důvodu anonymizace vynechány. Některé informace, které by mohly vést k identifikaci konkrétního pracoviště nebo jednotlivých klientů, nejsou ve zveřejněných výsledcích prezentovány. Absence těchto údajů v závěrečné zprávě neznamená, že tyto aspekty nebyly během výzkumu řádně zváženy. Avšak s ohledem na etické a právní normy související s ochranou osobních údajů nejsou v dokumentu obsaženy.

## 7. Výsledky

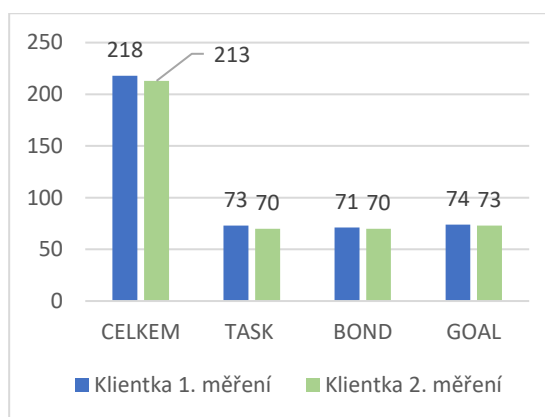
### 7.1. Výsledky dotazníku WAI

Oběma respondentům byl tento dotazník předložen dvakrát s časovým rozestupem půl roku. Během zmíněného půlročního intervalu, který byl mezi prvním a druhým vyplněním dotazníku, se terapeut a klientka setkávali pravidelně. Frekvence jejich setkání byla stanovena na jedno sezení týdně. Klientka se zároveň účastnila skupinové terapie, kde působí další dva terapeuti. V následující části jsou interpretovány výsledky dotazníků. Graf 1 a 2 znázorňují skóre s půlročním odstupem u obou respondentů. Tyto informace sloužily jako základ pro další část výzkumu, který proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s oběma respondenty.

Graf 1. Výsledky obou dotazníků – terapeut



Graf 2. Výsledky obou měření – klientka



Maximální možné skóre dotazníku je 252, minimální 36. V průběhu měření se objevily určité změny, avšak spíše minimálního charakteru. Během sledovaného období jsem zaznamenala růst celkového hodnocení u terapeuta, které se zvýšilo z 193 bodů na 199 bodů. Oblasti, které vykazovaly mírné zlepšení, se týkaly otázek spojených s vazbou a cíli. U těchto aspektů došlo k nárůstu skóre. Zvýšení skóre v těchto otázkách naznačuje lepší porozumění a hlubší propojení ze strany terapeuta. Co se týče cílů, zvýšení skóre může naznačovat zřejmější definování cílů a práci na nich. Zajímavým zjištěním bylo, že skóre v oblasti "task", která se zaměřuje na způsob, jakým terapeut dosahuje cíle, zůstalo beze změny. To by mohlo naznačovat, že terapeut udržuje konzistentní a efektivní přístup k dosahování cílů.

U klientky nastal opačný jev. Oproti zaznamenaným výsledkům terapeuta se skóre naší klientky mírně snížilo z celkového skóre 218 na 213 bodů. Nejvíce viditelný rozdíl mezi prvním a druhým měřením se projevil v oblasti "task". Tento jev mohou vysvětlovat události, které během sledovaného období mezi klientkou a terapeutem nastaly. Klientka postupem terapie začala více přebírat zodpovědnost za řešení svých problémů a konfliktů. Anna na začátku terapie vnímala terapeuta spíše ideálně, ale postupem času se na něj začala dívat kritičtěji. Také se během sledovaného období učila hledat řešení sama v sobě a přeorientovala se z hledání útěchy zvenčí na posilování vlastní samostatnosti. Tyto situace jsou blíže popsány v kapitole 7.2.3. Na straně terapeuta zůstala zrovna tato oblast beze změny.

V jednotlivých otázkách se týkalo vždy o rozdíl pouze jednoho bodu. I když může tento rozdíl na první pohled působit jako malý, ukazuje na posílení vazby a potvrzuje hlubší zaměření na cíle v terapii. Terapeut se soustředí na vytváření jasných a dosažitelných cílů a pravidelně sleduje jejich pokrok. Je důležité poznamenat, že i zde v jednotlivých otázkách, došlo k rozdílu pouze o jeden bod, což může signalizovat jistou konzistenci v odpovědích.

Oblast, ve které se skóre obou respondentů nejvíce shoduje, se týká vazby. Tato oblast se pohybovala mezi 69 a 71 body. Je zřejmé, že právě vazbu vnímají jako silnou část celé pracovní aliance.

Je také důležité zdůraznit, že i přes některé rozdíly v hodnocení, nebyly zaznamenány významné změny v jednotlivých odpovědích. To naznačuje určitou stabilitu v postojích a vnímání obou stran této terapeutické aliance.

Na základě provedeného vyhodnocení lze konstatovat, že mezi terapeutem a klientkou panuje vzájemný respekt a porozumění. Je zřejmé, že oba aktéři vnímají čas strávený společně jako efektivní a smysluplný. Klientka i terapeut se shodují na způsobu, jakým chtějí dosáhnout stanovených cílů. To naznačuje, že navzdory nižšímu hodnocení této oblasti na straně terapeuta, je zde shoda a spolupráce na dosažení výsledků. Důležitým aspektem je i to, že terapeut vyjadřuje respekt ke klientce, a to i v situacích, kdy klientčiny kroky nejsou v souladu s jeho názory. Vzájemná důvěra je zřejmě klíčovým prvkem fungujícího vztahu mezi klientkou a terapeutem. Klientka cítí, že terapeut jí věří a respektuje ji, což vytváří prostředí podpory a otevřenosti. Právě tyto faktory mohou hrát klíčovou roli při dosahování výsledků terapie. Tato spolupráce vytváří prostor pro efektivní terapeutickou práci a přispívá k dosahování pozitivních změn v životě klientky.

Otázky spojené s cíli terapie vykazují u terapeuta nejnižší hodnocení v rámci celé pracovní aliance, ale u klientky bylo toto skóre nejvyšší ze všech tří oblastí. Je zřejmé, že pro klientku mají v rámci terapeutického procesu zásadní význam. Současně i terapeut hodnotí klientku jako osobu, která si klade jasné cíle a je směrem k nim velmi motivovaná.

## **7.2. Interpretace výsledků v kontextu výzkumných otázek**

Tři klíčové složky terapeutické aliance, jak je definuje koncept od Bordina (1979, 1994), byly zkoumány prostřednictvím dotazníku WAI a rozhovorů s oběma participanty. Během rozhovoru byly použity uzavřené i otevřené dotazy. Tyto otázky byly kladeny s cílem pečlivě prozkoumat všechny aspekty terapeutické aliance v jejich vztahu. Data z dotazníků a rozhovorů s oběma participanty potvrzují, že určité prvky, které tvoří terapeutickou alianci, jsou v jejich vztahu přítomny. V dotazníkovém šetření se výsledné hodnoty u obou participantů nacházejí v horní hranici možného rozsahu, což indikuje, že terapeutická aliance má kvalitní charakter. Informace získané z dotazníků byly dále rozvedeny v rozhovorech s klientkou i jejím terapeutem.

### **7.2.1. Došlo mezi terapeutem a klientkou ke zformování terapeutické aliance?**

Na základě provedeného vyhodnocení lze konstatovat, že mezi terapeutem a klientkou panuje vzájemný respekt a důvěra. Důležitým aspektem je i to, že terapeut vyjadřuje respekt ke klientce, a to i v situacích, kdy klientčiny kroky nejsou v souladu s jeho názory. Klientka cítí, že

terapeut jí věří, což vytváří prostředí podpory a otevřenosti. Je zřejmé, že oba aktéři vnímají společně strávený čas jako efektivní a smysluplný. Tento terapeutický vztah má pro obě strany velký význam a záleží jim na výsledku terapie.

Klientka rozumí podstatě svého problému, má jasnou představu o svých terapeutických cílech a rovněž si je vědoma svých povinností v rámci terapeutického procesu. Terapeut jasně formuloval, co očekává, že bude klientka dělat na v průběhu sezení. Během těchto sezení s klientkou pracují na dosažení terapeutických cílech tak, aby je klientka dokázala využívat ve svém každodenním životě. Klientka důvěřuje, že zvolený přístup k práci s jejím problémem v terapii je adekvátní. Oba se tedy shodují na způsobu, jakým chtějí dosáhnout stanovených cílů.

Právě tyto faktory mohou hrát klíčovou roli při dosahování výsledků terapie a potvrzují, že terapeutická aliance byla úspěšně zformována. Spolupráce klientky a terapeuta vytváří prostor pro smysluplnou terapeutickou práci a přispívá k dosahování pozitivních změn v životě klientky.

### **7.2.2. Jak vnímá pracovní alianci terapeut?**

Z výsledků vyplývá, že terapeut hodnotí tuto pracovní alianci jako silnou. Pro terapeuta je důležité, aby klientka začala zacházet sama se sebou způsobem, který jí bude prospívat, a aby se vyhnula destruktivním vzorcům myšlení a chování. Záměrem terapeuta je, aby byla klientka schopna aplikovat poznatky z terapie ve svém vnitřním dialogu a v chování mimo terapeutická sezení. V následujícím textu jsou použity části rozhovoru mezi terapeutem (T) a mnou (D) se záměrem ilustrace terapeuta vnímání pracovní aliance:

D: „*Jak byste pojmenoval cíl terapie?*“

T: „*Jako jednoduše řečeno, aby zacházela se sebou způsobem, který jí bude prospívat. Především v oblasti prožitku, a to prospívání je, aby se zásobovala povzbuzujícíma, podporujícíma a vysvětlujícíma větama, nebo vnitřním dialogem, který jí bude pomáhat v tom životě s těma druhejma. A ne naopak, jak to vždycky bylo, že to dělala přesně opačně, že se zásobovala tím, co ji zneklidňovalo, znejišťovalo, ohrožovalo. V tom dialogu, kterej sama se sebou vedla.*“

Terapeut se snaží pomoci klientce nahlédnout do procesu, který vede k jejímu pocitu méněcennosti a sebeobviňování. Způsob, jakým se snaží docílit změny je konfrontace a práce na tom, aby si klientka uvědomila, že musí tuto změnu provést sama a že vnější potvrzení jí nedá to, co potřebuje a co je cílem terapie. V průběhu sezení udržuje vůči klientce konfrontační přístup, což zahrnuje i momenty, kdy odmítne poskytnout přijetí a útěchu v situaci, kdy klientka opakuje stejné vzorce chování, které jí přivádí ke znehodnocování sebe sama.

T: „*...když ona chce to přijetí a já ji furt konfrontuju s tím, že si to na sebe připravila sama, protože udělala to, to a to. A jestli to bude dělat, tak žádný přijetí nemůže pomoci. Ona si vždycky rozškrábe ten strup a když zjistí jéé to bolí, tak jde za mnou, abych ji uznal, že to má těžký.*“

D: „*A jak na to reagujete?*“

T: „*Já jí to nedám. A ona se na mě začne hrozně zlobit.*“

D: „*A co by se stalo, kdybyste jí to dal?*“

T: „*Začne plakat a dál páchá ty nepravosti.*“

*D: „A co si přeje podle vás klientka?“*

*T: „Aby tam s ní někdo byl.“*

*D: „A to jí pomůže se dostat ven?“*

*T: „Ne, najednou má náplast, na tu bolest, kterou cítí. Že není úplně sama. A výsledkem je, že potom co to dostala navázala vztah s chlapem, kterej ji ponižoval.“*

*D: „Jak má tohle vliv na vaši terapii? Jak se to projevuje ve vašem vztahu?“*

*T: „Že se odehrává stále ten stejný scénář, že sice přemejšlí, pracuje, chodí, ale vnitřně nic nemění a dělá pořád to samý. Pořád se kritizuje, pořád se znehodnocuje.“*

I když může jeho konfrontační chování na první pohled působit tvrdě, je součástí terapeutického procesu. Je důležité si uvědomit, že terapeut nepřestává klientce poskytovat podporu a přijetí úplně. Klientku respektuje, i když dělá věci, které on neschvaluje, zároveň sama klientka potvrzuje, že cítí, že se o ní terapeut zajímá i když dělá tyto věci. Terapeut se obává, že v některých situacích, kdy klientka cítí nedostatečnost, by jí poskytnutí přijetí mohlo podnítit k pokračování v sebedestruktivním chování. Místo toho, ve vybraných okamžicích, kdy ví, že by přijetí nepřineslo dlouhodobý prospěch, se rozhoduje klientku konfrontovat vysvětlením kroků, kterými si sama vytváří prostor pro sebedestruktivní chování.

*D: „Je to váš způsob, jak chcete něco změnit? Že jí v tu chvíli nedáte přijetí?“*

*T: „Já chci, aby byla natolik odpovědná, že rozezná, kdy si to způsobuje a přestane s tím sama. Prostě se bráním tomu, aby ona měla zvnějšku tu regulaci vnitřního sebeznehodnocení.“*

Touto cestou se terapeut snaží vést klientku k vlastní odpovědnosti za změny a brání tomu, aby klientka závisela na vnějším potvrzení, které často vyhledává. Terapeut sleduje dlouhodobý prospěch klientky a snaží se ji podnítit k aktivnímu hledání způsobů, jak se osvobodit od těchto vzorců chování. Během sezení terapeut aktivně pracuje také na podpoře otevřenosti klientky. Jeho přístup zahrnuje nejenom komunikaci s klientkou o její uzavřenosti, ale i povzbuzení k hlubšímu prozkoumávání svých emocí a myšlenek. Tímto způsobem terapeut vytváří prostředí, ve kterém může klientka pracovat na svých problémech.

*T: „Například v terapii máme pravidlo, že by měla být otevřená. A když vidím, že je zavřená, tak bez toho se neposuneme.“*

*D: „Jak se to projevuje?“*

*T: „Nechce mluvit o těch věcech, který se jí v životě dějou. Vlastně přichází s takovým banálním materiálem, který jako vlastně nic neodhaluje. Nepřináší svoje pocity, svoje přemýšlení. Přináší jenom popisy nějakých událostí.“*

*D: „A neříká, jak se u toho cítila?“*

*T: „Ne, ani proč si myslí, že to takhle proběhlo. Nic, ani to uvažování nad tím tam není.“*

*D: „Jak v tuhle chvíli na to reagujete?“*

*T: „Bud' ji to řeknu takhle jasně, anebo řeknu třeba „takže dneska nebudeme vůbec přemýšlet? Nebo nebudeme vůbec prožívat?“ Je to takový upozorňování.“*

Cílem terapie je především, aby klientka byla schopna nahlédnout, jak sama vytváří prostor pro ponižování a potvrzení své nehodnoty, v kterou věří. Terapeutův podíl na udržování pracovní aliance je patrný ve způsobu, jakým s klientkou aktivně pracuje na dosažení terapeutických cílů a podporuje ji v procesu změny. Často pomáhá Anně identifikovat vnitřní dialog, který tvoří základ jejích obav. Snaží se, aby byla schopná rozlišovat mezi svými vnitřními obavami a realitou. Klientku tímto způsobem učí vracet se ke skutečnému stavu a zamýšlet se nad scénáři, které si vytvořila.

*T: „Konkrétní téma, že teď jede na dovolenou a zároveň objevila nějakého chlapíka, kterej o ní má zájem a ona o něj taky. Začala přemýšlet o tom, jak se na tu dovolenou netěší. A dospěli jsme k tomu, že se vlastně obává, co se během toho času, kdy se neuvidí, všechno může stát. Především oslabení jeho vazby k ní. To je její vnitřní dialog, kterej nemá vůbec ani stopy po praktickým chování toho chlapa.“*

*D: „Jeho chování tedy v nevypadá tak, že by se měla obávat nějakého oslabení vazby?“*

*T: „Ne, on je podpůrný, ujišťující. Vypadá, že je podobnej jí. Taky má obavy z toho, aby na něj nezapomněla na dovolený. A přesto, že je takhle ujišťující, tak Anna má tyhle obavy. Já jsem se jí ptal, kolik znepokojivých signálů vyslal a ona řekla 0.“*

*D: „A k tomu si vytvořila svoje obavy?“*

*T: „No, ptal jsem ji, kde je na tý škále obav od 1 do 10? A ona řekla na 5. Když si vezmete tu 0 od něj a tu 5 od ní, tak je evidentní, že ty obavy vytvořila sama. A ta konfrontace mezi tím, jaký je její vnitřní dialog a jak ten vztah reálně vypadá, jak se ten partner chová, je vlastně ten způsob, jak ji neustále uvědomuju o té realitě. Zabraňuju, aby rozjížděla nějaký svoje vnitřní děsy a obavy.“*

V dotazníku terapeut uvedl, že se v interakci s klientkou někdy cítí nepříjemně. Toto nepohodlí vychází z dvou hlavních situací. První z nich nastává, kdy klientka není schopna reflektovat a pochopit své vlastní chování. Druhá situace je spojena s klientčíným vztekem a mstěním se za nedostatek poskytnutého přijetí. Tyto situace jsou pro terapeutický proces důležité, protože ukazují na oblasti, ve kterých klientka potřebuje podporu a rozvoj. Terapeut se snaží pracovat s klientkou na těchto problémových oblastech a pomoci jí rozvíjet schopnost sebereflexe a hledat potvrzení své hodnoty z vnitřního zdroje.

*T: „No tak já znám dvě takový situace, kdy jako nechápavě není schopná vidět co dělá a potom je druhá, kdy se na mě zlobí a mstí se mi za to, že jí neposkytuju přijetí. A ono se to vždycky děje v okamžiku, kdy ona se tak zničí, že ode mě chce přijetí, aby to dala jako polštář na ten vnitřní pocit nehodnoty.“*

Dosavadní pokroky terapie zahrnují to, že klientka přestala užívat benzodiazepiny a alkohol jako prostředek k tlumení svých pocitů, které vedly k úzkostem. Celkově lze říci, že terapeut vnímá pracovní alianci jako klíčový prvek v terapeutickém procesu a snaží se pracovat na posílení klientčina vztahu k sobě samé a ke svému životu prostřednictvím podpory, otevřenosti a konstruktivního dialogu.

*T: „Ona na zmírnění těch pocitů viny a nedostatečnosti užívala prášky a alkohol. A od té doby, co spolupracujeme, tak ani jednou. Jsem překvapen, protože do těch stavů se dostává a opakovaně. Ale jako by ta cesta pro ni byla už slepou. Vypadá to, že se vůči tomu vytvořila nějaká pevná hranice.“*



### 7.2.3. Jak vnímá pracovní alianci klientka?

K otázce závazků v téhle terapeutické alianci, se klientka dostala už v počátcích terapie. Potíže, které během sezení diskutovala s terapeutem, řešila dle zajetých návyků bez ohledu na to, co se dělo v terapii. Terapeut nebyl spokojen pouze s tím, že klientka "vyklopí" své problémy, ale očekával od ní aktivní spolupráci a zpětnou vazbu. Anna si uvědomila důležitost závazku a angažovanosti v rámci terapie, a toto počáteční stanovení hranic ji přivedlo k aktivní práci na terapeutických cílech a očekáváních pro další průběh léčby.

*A: „Když jsme něco řešili na sezení, já jsem si to pak stejně udělala po svém a udělala jsem to jednou, dvakrát, třikrát a on mi pak řekl, že jestli sem chci vlastně chodit, když jedním furt stejně. Ale neřekl, že by mě chtěl vyhodit, jenom se mě zeptal a já jsem si uvědomila, že když to nebudu brát vážně, tak se vlastně nic nezmění. Došlo mi, že on nehodlá dělat terapii, kam lidi přijdou, vyklopí problémy, uleví se jim, ale nedělají žádný změny u sebe. Všem ostatním terapeutům to stačilo, tam jsem vyklopila problémy, odešla jsem a stejně jsem si dělala, co jsem chtěla. Tenhle chtěl zpětnou vazbu.“*

Na začátku cítila vůči terapeutovi zamilovanost a obdiv, který pramenil z jeho vyrovnanosti a schopnosti zvládat náročné situace. Vztah se změnil od počáteční idealizace a poddajnosti k postupnému kritičtějšímu vnímání a zjištění lidských nedokonalostí terapeuta. Uvědomuje si, že dříve nebyla schopna rozlišovat, co je její myšlenka a co je myšlenka terapeuta. Moment, kdy si uvědomila, že terapeut není dokonalý nastal, když si terapeut nezaznamenal termín schůzky a nepočítal s tím, že se klientka daný den dostaví. Tuto událost hodnotila jako banálnější. Komplikovanější neshody mezi terapeutem a klientkou nastaly v souvislosti se skupinovou terapií.

*A: „Měli jsme skupinu a mě tam vadil jeden člen. Nebo vadil... On měl tendenci dávat nám najevo, že jsme nedůležitý a já jsem na to strašně citlivá a vadilo mi to. Ale byla jsem na to citlivější než ti ostatní. Bavila jsem se o tom s terapeutem na individuálu a ptala jsem se, co s tím mám dělat, když si to ten člen nenechá vysvětlit. Řekla jsem, že jsem bezmocná. Terapeut mi řekl, že ho můžu navrhnout na vyloučení. On mi to dal jenom jako návrh, neřekl „běž a udělej to“. No jenže já jsem šla a udělala jsem to a hrozně jsem to schytila. Vytvořila jsem situaci, že buď odejde ten člen anebo já. Takže se na mě naštváli ti ostatní členové. Protože jsem ohrozila budoucnost skupiny.“ Kdyby jeden z nás odešel, tak by nás nebylo dost.“*

Anna se snažila hlídat si vlastní důležitost ve vztahu s členem skupiny. Tento člen ji dával najevo, že pro něj není důležitá, a tak zvolila podobný postup, jaký se snaží aplikovat ve svých vztazích s ostatními muži mimo terapii – ukončit setkávání. Následně se však situace zkomplikovala, protože ostatní členové skupiny s ní nesouhlasili, což nečekala a začala se obviňovat. Měla pocit, že za situaci může i terapeut, a nejen ona. Anna sice cítila podporu terapeuta, když ji den po skupinové terapii umožnil přijít na mimořádné individuální sezení, nicméně on odmítl jakoukoliv odpovědnost za tuto situaci. V důsledku toho se dalších 14 dní ubíjela pocitem viny. V závěru převzala plnou zodpovědnost za situaci a cítila, že musí jednat nezávisle na možnostech, které jí nabízí terapeut. Uvědomila, že musí jednat samostatně a možnost, kterou si zvolí musí také zvládnout ustát.

*A: „Vlastně dopadlo to tak, že já jsem to vzala kompletně na sebe, tu odpovědnost. Že jsem tam sama za sebe, že když já chci fungovat samostatně. A že by to bylo trochu nedospělý to na něj sváďet, protože já jsem to udělala z vlastní vůle.“*

Z pohledu klientky ve vztahu s terapeutem dochází k momentům, které jí pomáhají porozumět vlastním potížím. S vedením terapeuta si našla způsob, jak zpracovat sebeobviňující myšlenky sama. Popisuje to příběh s dalším hledáním úlevy od pocitů viny, který se odehrál, když se Anna takto opět

cítila na základě zážitku ze skupinové terapie. Dostala se do cyklu sebeobviňování a jediným východiskem bylo začít obviňovat někoho jiného.

*A: „...já jsem se dostala kvůli nějaký poznámce do sebeobviňování a potom jsem z toho hledala východisko. Do toho stavu jsem se dostala stejným mechanismem jako vždy. Dlouho jsem něčemu nevěnovala pozornost a pak jsem pronesla blbou poznámku a najednou jsem se obviňovala. Jediný východisko z toho, jak se neobviňovat, bylo obvinít někoho jiného. No a už mi přišlo, že tu vinu začínám směřovat na terapeuta, protože on většinou, když jsem v tomhle stavu, tak nedělá to, že by mi ulevoval.“*

Tento postup se ukázal jako problematický, protože začala směřovat svůj hněv na terapeuta a chtěla ho obvinít z toho, že jí neulevil od pocitu, že je ta špatná. Terapeut nereagoval na její potřebu a místo toho ji nechal, aby si své pocity zpracovala sama. Do aliance mezi klientkou a terapeutem v tuto chvíli vstoupila i skupinová terapeutka, která Anně poskytla okamžitou útěchu. To ji však pomohlo pouze krátkodobě a klientka se ani poté necítila dobře.

*A: „Já bych řekla, že díky tomu terapeutovi jsem se dostala do takového stavu, že už jsem musela sama najít řešení a když mi ta terapeutka dala útěchu, tak to bylo chvíli dobrý, ale pak se to zase vrátilo. Já jsem pak šla domu a bylo mi furt zle a ta myšlenka vznikla z toho špatného, že jsem byla jakoby na dně.“*

Narozdíl od terapeuta, skupinová terapeutka nabídla Anně přijetí a svou společnost v procesu sebeobviňování. Anna od svého terapeuta mnohdy očekává okamžité přijetí, ale nedostává ho. Tento přístup se v případě Anny ukázal jako užitečný, sama to tak hodnotí. Když nedostávala útěchu od terapeuta, na samém dně se rozhodla, že se o sebe musí postarat. Najednou si uvědomila, že hlas, který jí obviňuje patří její matce a oddělila ho od sebe.

*A: „Je pro mě těžký říct, jakou roli tam sehrála ta terapeutka a můj terapeut. Ale on mi pomohl k tomu, abych se cítila zoufale a ten nápad se ve mně zrodil právě ve chvíli, kdy jsem byla nejvíc zoufalá.“*

Je patrné, že mezi klientkou a terapeutem nastávají situace, kdy klientka očekává přijetí a nedostane ho, k terapeutovi se i přesto stále vrací. I když od terapeuta nedostává okamžitou útěchu, cítí, že ji podporuje v procesu změny.

*A: „Tehdy jsem to vnímala jako že to je hrůza, ale zpětně jsem za to ráda, protože se učím tu úlevu hledat v sobě. On mi tím připomínal mámu a hrozně mě rozčiloval.“*

Když nedostává vnější útěchu v kolotoči sebeobviňování, do kterého se opakovaně dostává, připomíná jí terapeut její nedostupnou matku. S tím rozdílem, že s terapeutem o těchto pocitech může mluvit a učí se k nim stavět i ve vztazích mimo terapii. Anna porovnává terapeuta s léky, kde terapeut funguje spíše jako antidepresivum, které jí pomáhá nalézt východisko a pracovat na sobě. Řekla, že kdyby ji vyvracel sebeobviňující myšlenky, fungoval by jako Diazepam. Musela by za ním stále chodit a říkat si o ujištění. Podle Anny terapeut používá určité taktiky, které ji motivují k hledání řešení a otevírání se.

*A: „On je autentický, občas, když přijdu ve špatném stavu, tak řekne, že nejsem v pořádku. Tím mě dostane do toho stavu, kdy já musím sama hledat řešení a otevřít se. Jinak bych možná jen popisovala nedůležitý věci a ani bych neotevřela nějaké problémy.“*

Klientčiny cíle v terapii se shodují s tím, jak je vnímá terapeut. Jejím cílem je naučit se žít a fungovat svobodně, nemít pořád strach a dokázat se postarat o své potřeby. Nechce si ubližovat tím, že se bude opakovaně dostávat do situací, ve kterých umocňuje pocit vlastní nedůležitosti.

Anna pociťuje také obavy ohledně výsledků terapie v souvislosti se svými vzorci chování v mezilidských vztazích. Má strach, že pokud je bude opakovat, terapie nesplní svůj cíl.

*A: „Mívám obavy, že selžu. Třeba i ve vztahu s chlapama, rozumím mechanismu, proč mě někdo nedostupnej přitahuje, ale já stejně udělám nějakou blbost. Takže mám strach, že tohle budu opakovat.“*

Uvědomuje si, že terapeut s ní kvůli tomu léčbu neukončí, protože rozumí tomu, jak těžké je tyto vzorce změnit. Občas pochybuje o tom, že ji má terapeut rád, což odráží její obecný problém s důvěrou ve vztazích. Terapie ji pomohla stabilizovat se a pečovat o sebe tak, aby se vyhnula situacím, které by v ní vyvolaly potřebu užít alkohol nebo léky. Díky tomu došlo ke snížení emocionálních výkyvů, které předtím vyvolávaly úzkost. Když se vyskytnou obtíže nebo výzvy, obrací se na svého terapeuta jako na zdroj podpory a vedení. Současně zdůrazňuje, že společně s terapeutem prozkoumali mnoho možností a stále pokračují v práci.

#### **7.2.4. Které aspekty pracovní aliance vnímají jako pozitivní nebo naopak negativní?**

V rámci terapeutické aliance mezi klientkou a jejím terapeutem byly identifikovány některé aspekty, které jsou vnímány jako prospěšné. Jedním z těchto aspektů je terapeutův přístup k dosahování stanovených terapeutických cílů. Anna oceňuje, že terapeut se snaží společně s ní směřovat k těmto cílům, i když jeho postup může působit tvrdě. Konkrétně tato dynamika se projevila v situaci, kdy terapeut odmítl přijmout vinu za rozhodnutí klientky ukončit skupinovou terapii. Terapeut záměrně využil tohoto postupu, aby klientce pomohl odolat krátkodobým útěchám, které by mohly bránit dlouhodobému terapeutickému pokroku. Anna také projevuje aktivní zájem a ochotu pracovat na dosažení svých terapeutických cílů a očekávání. Tento závazek a ochota spolupracovat jsou klíčové pro vytvoření a udržení silné terapeutické aliance. Anna využila vztah s terapeutem jako prostředek k lepšímu porozumění svým vlastním problémům a vzorcům chování.

Terapeutova autenticita a schopnost otevřít náročná témata během sezení jsou vnímány jako prospěšné, což klientce pomáhá k hlubšímu sebepoznání. Terapeutova ochota věnovat se klientce a věřit v její schopnost udělat pokrok je rovněž klíčovým faktorem, který podporuje pozitivní terapeutickou alianci. Terapeut se soustředí na svůj záměr, aby klientka přenášela poznatky a dovednosti z terapie do svého každodenního života, což je důležité pro dosažení trvalých změn. Dále, klientka neužila léky ani alkohol během terapie, což svědčí o účinnosti terapeutického procesu. I když se občas dostává do situací, které by mohly fungovat jako spouštěče, zdá se, že terapie jí pomáhá zvládat tyto situace bez užívání léků nebo alkoholu. Oba vnímají tuto alianci jako silnou a důležitou pro dosažení pozitivních výsledků terapie.

V terapeutickém kontextu jsou některé aspekty pracovní aliance, které lze vnímat jako neprospěšné. Jedním z těchto aspektů je zkušenost klientky Anny, která pocítila zklamání a vztek v situaci, kdy od terapeuta očekávala okamžitou útěchu, kterou však nedostala. Tento moment jí v daný okamžik připadal negativní, to vedlo ke vzniku nepříjemných emocí směrem k terapeutovi a došlo tak ke kritickému období v alianci. Avšak je důležité poznamenat, že tato zkušenost má dvě různé perspektivy. S odstupem času klientka Anna uvědomila, že tato konkrétní zkušenost byla důležitá pro její terapeutický proces. Tím, že terapeut neposkytoval okamžitou útěchu, dala klientce příležitost postavit se vlastním emocím a hledat řešení pro své problémy. To nakonec vedlo k tomu, že klientka dosáhla řešení, které bylo trvalejší a efektivnější. Tato zkušenost tedy může být vnímána

proměnlivě jako negativní nebo pozitivní aspekt v závislosti na časovém horizontu. Z krátkodobého pohledu může klientka pociťovat zklamání a vztek, ale z dlouhodobého hlediska může tento způsob dosahování cíle být spíše považován za prospěšný, neboť umožnil klientce nalézt trvalejší a účinnější řešení pro své terapeutické potřeby.

## 8. Diskuse

V první řadě bych chtěla zmínit, že získané informace se nedají zobecňovat na celou populaci, neboť se skládá z malého počtu respondentů. Zaměřila jsem se na jednu terapeutickou alianci a vztah mezi konkrétní klientkou a jejím terapeutem v procesu následné péče.

Z výsledků vyplývá, že mezi terapeutem a klientkou došlo ke zformování terapeutické aliance. Všechny tři složky terapeutické aliance, dle definice Bordina (1979, 1994), jsou součástí terapeutických sezení a celkového vztahu, který se mezi Annou a jejím terapeutem odehrává.

Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že klientka důvěřuje terapeutovým schopnostem, věří, že jí je schopný pomoci a vidí v něm naději na své uzdravení. Terapeutovi vždy záleží na klientčině blahu a jejich vztah je pro něj důležitý, stejně jako pro ni. Anna vnímá terapeuta jako autentického a je schopná se na terapiích emocionálně otevřít. V jeho společnosti se cítí příjemně, má pocit, že si navzájem rozumí, věří, že terapeut se skutečně zajímá o její spokojenost. Dle zprávy Hatchera a Barendse (2006) je pouto mezi klientem a terapeutem zřejmé tehdy, když klient vnímá terapeuta jako důvěryhodného a kompetentního. Když má klient důvěru v terapeuta a věří, že spolupráce přinese pozitivní výsledky, tato vazba přináší pozitivní vliv pro celkový terapeutický proces. Vazba se také projevuje tím, že terapeut může a chce klientovi upřímně pomoci a má na srdci její nejlepší zájmy.

V praxi se stává, že klient a terapeut se neshodnou na cílech či na způsobu jejich dosahování, což ohrožuje jejich spolupráci a někdy to vede k předčasnému ukončení terapie ze strany klienta (Swift & Callahan, 2008; Zane et al., 2005). Do podobného bodu došla Anna v počátcích terapie, kdy docházela na terapii, ale mimo ni řešila situace dle svých zasetých návyků. V minulosti to takto opakovala s několika terapeuty, avšak tentokrát došlo k patrné změně, kdy jí dal terapeut najevo, že tímto způsobem se nejspíš nikam neposune. Anna terapii neukončila, a naopak si uvědomila, že na svých cílech chce pracovat aktivněji. Terapeut i klientka tedy postupem času spolupracovali při stanovování cílů terapie a shodli se na nich. K předčasnému ukončení terapie tedy v tomto případě nedošlo. Anna byla dostatečně motivovaná a na popud terapeuta změnila svůj přístup. Stávající cíle sezení jsou pro obě strany důležité. Anna nepociťuje potřebu vyjasnit si účel těchto sezení a ví, co by si měla z terapie odnést a terapeut rozumí tomu, čeho se Anna snaží v terapii dosáhnout.

Cooper (2018) se ve své knize *The psychology of goals* uvádí, že terapeuti by se měli soustředit na změnu přístupu k problémům, namísto toho, aby se zaměřovali na vyhýbání se negativním stavům. Toto téma je v alianci mezi terapeutem a Annou stěžejní. Anna své pocity často potlačuje a snaží se jim vyhýbat, což má za následek kolotoč sebeobviňování a znehodnocování sebe sama. Následně hledá útěchu v ostatních lidech, a především v terapeutovi. Terapeut s ní pracuje na tom, aby si tento mechanismus znehodnocování se a sebeobviňování uvědomovala. Jednoduše, aby neměla regulaci vnitřního sebe znehodnocování zvnějšku, čímž by se vyhnula negativnímu stavu, který prožívá. Z mých výsledků je zřejmé, že Anna často v terapeutovi vyhledává přijetí, ale v určitých situacích ho nedostává. Terapeut totiž v těchto momentech předvídá, že by to pro Annu znamenalo vyhýbání se negativním pocitům a přineslo instantní úlevu, která by neměla dlouhodobější prospěch. Anna je tímto způsobem vedena k tomu, aby ke svým potížím měnila přístup, uvědomovala si, v jakých situacích se sama ponižuje, či obviňuje. Myslím si, že ačkoliv tento přístup může působit trochu tvrdě, přivádí Annu opravdu ke změně postoje ke svým potížím.

Několikrát si uvědomila, že myšlenky týkající se viny, jsou vlastně hlasem její matky a že se ona na sebe chce být hodnější. Pokud by jí terapeut poskytoval okamžitou úlevu od negativních pocitů, Anna by se nenaučila zacházet s nimi sama a neuměla by ani rozeznávat situace, které vedou k tomu, že utápí v cyklu sebeobviňování.

Mezi Annou a terapeutem příležitostně dochází k narušení spojenectví. Jedná se o situace, kdy Anna očekává, že jí terapeut poskytne výše zmiňovanou úlevu od negativních pocitů, ale nedojde k tomu. Klientka tyto situace nejprve vnímá jako hrozné, velmi se na terapeuta zlobí a není s ním spokojená. Zmíněné situace potvrzují přítomnost kritických vztahových indikátorů, kterými se zabýval Flückiger et al. (2019). Vzhledem k tomu, že narušení spojenectví může být běžnou součástí terapie, je důležité, aby byli terapeuti připraveni se s takovou situací vypořádat. Dále Flückiger et al. (2019) zmiňují, že řešení těchto kritických vztahových indikátorů může pozitivně ovlivnit terapeutický proces a zvýšit jeho účinnost. Moje zjištění ukazují na to, že vyřešení těchto kritických momentů opravdu působí pozitivně na celkový terapeutický proces. I přesto, že jsou tyto situace pro alianci kritičtější, dochází k jejich zvládnutí a Anna si z toho odnáší zkušenosti, které by jinak nezískala a jsou pro ni potřebné. Například, když chtěla obvinít terapeuta, aby se sama necítila provinile, nepodařilo se jí to. Sice se na terapeuta nejdříve zlobila, ale později si uvědomila, že hlas, který ji obviňuje patří její matce a náhle pocítila, že takto se sama k sobě chovat nechce. Dle mého názoru tyto situace potvrzují sílu aliance, která byla dosud dostatečně pevná a tyto momenty ustála.

Co se týče přijetí v této pracovní alianci, je diskutabilní, zda se klientce dostává opravdu bezpodmínečného přijetí a co tohle přijetí vlastně znamená v praxi. Je zajímavé, že klientka cítí, že jí terapeut přijímá, nicméně nastávají situace, kdy od něj očekává přijetí a nedostane jej, což ale souvisí se způsobem dosahování cíle terapie. Toto zjištění může nasvědčovat tomu, že je prakticky nemožné, aby jakýkoli terapeut poskytoval neustálé pozitivní přijetí. Terapeut nejspíše v celkovém postoji projevuje bezpodmínečné přijetí a neodmítnul by klientku kvůli tomu, že opakuje určité chování. Rozumí tomu, že učinit změnu je velmi obtížné. Nicméně čas od času zažívá i negativní postoj terapeuta. Takže bezpodmínečné přijetí by mohlo být otázkou míry na základě individuálních aspektů dané aliance.

Anna má pocit, že ji terapeut respektuje. Důvod, proč se k němu stále vrací, i přesto, že ji terapeut neposkytuje okamžitou úlevu a sezení občas bývají velmi emočně náročná, je, že si s ním o těchto pocitech může komunikovat a terapeut ji přijímá takovou jaká je. Ví, že terapeut se o ní zajímá i v případě, že dělá věci, které on sám neschvaluje. Toto zjištění potvrzuje studie, kterou publikovali Levittová, Butler a Hill (2006). Výsledky studie ukázaly, že klienti ve vztahu s terapeutem nejvíce oceňovali důvěru, věrohodnost a to, že v životě našli někoho, kdo je respektuje.

Z mého výzkumu vyplývá, že se Anna zpočátku terapie podřizovala, protože věřila, že terapeut je dokonalou bytostí. Nedokázala rozlišit, která myšlenka je její, a které patří jemu, idealizovala si ho. Tato zjištění poukazují na faktor deference, kterému je věnoval Rennie (1994). Rennie tvrdí, že tento jev může být způsoben obavou z ranění terapeutových citů, pocit, že kritika terapeuta není vhodná, nebo víra v jeho odbornost. Anna na začátku léčby cítila vůči terapeutovi emoce, které by přirovnala k zamilovanosti. Na terapeutovi obdivovala jeho vyrovnanost a schopnost zvládat náročné situace, stal se pro ni dokonalou bytostí. K tomu se mohl přidat také faktor, že Annu přitahují nedostupní muži a osobní vztah s terapeutem nebyl možný. Jelikož vnímala terapeuta jako dokonalého, což znamená někoho, kdo je pomyslně nad ní, došlo k podřizování se. Nicméně je důležité poznamenat, že ani tento fenomén nebyl ve vztahu trvalý a změnil se ve chvíli,

kdy si Anna uvědomila, že i terapeut je jenom člověk a “má své mouchy”. Také terapeut tuto silnou vazbu rozeznal a s Annou ji komunikoval.

Anna má problém pevně věřit tomu, že jí má terapeut rád. Toto zjištění může souviset s tím, že jí byla v průběhu dospívání diagnostikována panická porucha a obecně její nastavení z dětství je úzkostné především ve vztahu určité nedůvěry k lidem. Znamená to, že pro lidi s úzkostným nastavením by mohlo být fungování v terapeutické alianci komplikovanější.

## 9. Závěr

V této bakalářské práci jsem se zkoumala terapeutickou alianci mezi klientkou a jejím terapeutem v průběhu léčby v následné péči. Hlavním cílem bylo zmapovat alianci a její tři oblasti, jak z pohledu terapeuta, tak z pohledu klientky a zjistit, zda alianci vnímají podobně, či zcela odlišně. Dále bylo zkoumáno, jaké konkrétní aspekty aliance jsou subjektivně hodnoceny jako pozitivní či negativní.

Výsledky výzkumu ukázaly, že mezi respondenty došlo ke zformování terapeutické aliance. Oba tuto alianci vnímají jako poměrně silnou. Mezi terapeutem a klientkou funguje vzájemný respekt a otevřenost. Hlavním tématem celkového vztahu, terapeutických sezení a práce na dosažení cílů, je klientčina vlastní hodnota a sebeobviňování se. Toto téma navazuje na terapeutův postoj, který zaujímá, když klientka opakuje stejný sebeobviňovací mechanismus a na sezení přichází s potřebou útěchy. Je to hlavní téma terapie, které ukazuje na jednotlivé body terapeutické aliance ať už jde o vazbu, cíle, či způsob jejich dosahování. Všechny tyto tři prvky jsou provázané každým sezením. Existující vazbu dokazuje vzájemná důvěra a bezpečný prostor pro řešení často náročných situací a pocitů. Jednotlivé úkoly neboli způsoby dosahování cílů jsou v průběhu terapií často probírané, terapeut vede klientku k vybudování pevných základů, se kterými bude možné dosáhnout hlavního cíle terapie – být samostatná, postarat se své potřeby, neopakovat situace, které ji ubližují, zastavit kolotoč sebeobviňování a znehodnocování se. Aliance prožívá své kritické momenty, je však dostatečně pevná na to, aby se nerozpadla.

Téma terapeutické aliance a celkově vztahu v psychoterapii mě velmi zaujalo. Terapeutická aliance je něco, co se stejně jako vztah jakýchkoliv dvou osob vyvíjí a dynamicky mění v jejím průběhu. Díky této práci jsem se začala hlouběji zamýšlet nad vším, co může ovlivnit vztah mezi terapeutem a jeho klientem a co všechno tyto dvě odlišné a v něčem podobné bytosti do sezení přinášejí, aby společně postupovaly k vytyčenému cíli terapie. Věřím, že tato práce může přinést vhled do tématu terapeutické aliance v léčbě klientů s poruchou způsobenou užíváním návykových látek. Byť bych v závěru ráda poznamenala, že každý vztah je něčím specifický a vždy záleží na individuálních aspektech. Zjištění tedy nelze aplikovat na širokou populaci, nicméně zajímavý nabízí vhled do toho, co se během psychoterapie může mezi dvěma lidmi odehrávat.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Ammer, J. (2022). Pracovní aliance v terapeutické práci s původci intimního partnerského násilí: přehledová studie. *Československá psychologie*, 66(6), 615-630.  
<https://doi.org/10.51561/cspsych.66.6.615>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research*, 15(3), 316–324.  
<https://doi.org/10.1080/10503300500091801>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252–260.  
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). New York: Wiley.
- Cooper, M. (2018). The psychology of goals. In *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling* (pp. 35–72). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198793687.003.0003>
- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and Clinician Perceptions of Therapeutic Alliance as Predictors of Improvement in Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 378–385. <https://doi.org/10.1159/000320895>
- Dubovská, E. (2020). Klient: Často opomíjený účinný faktor psychoterapie. *Psychoterapie*, 14(1).
- 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*. John Wiley & Sons.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). Repairing Alliance Ruptures. In *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 549–579). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0016>
- Feltham, A., Martin, K., Walker, L., & Harris, L. (2018). Using goals in therapy. In *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling* (pp. 73–86). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198793687.003.0004>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019a). Alliance in Adult Psychotherapy. In *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 24–78). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0002>
- Fuertes, J. N. (Ed.). (2019). *Working Alliance Skills for Mental Health Professionals*. Oxford University Press.



- Gelso, C. J. (2018). *Therapeutic Relationship in Psychotherapy Practice: An Integrative Perspective*. Taylor & Francis Group.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. 1). New York: International Universities Press.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C., & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a Predictor of Therapeutic Engagement in Mandated Residential Substance Abuse Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 56–75. <https://doi.org/10.1177/0093854802029001004>
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2011). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work. In *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 361–380). Humana Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1\\_22](https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22)
- Horvath, A. O., & Bedi, R., P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. 351-352. Praha: Grada.
- Kivlighan, D. M., Hill, C. E., Gelso, C. J., & Baumann, E. (2016). Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 149–161. <https://doi.org/10.1037/cou0000134>
- Kivlighan, D. M., Kline, K., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2017). Congruence and discrepancy between working alliance and real relationship: Variance decomposition and response surface analyses. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 394–409. <https://doi.org/10.1037/cou0000216>
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1777–1795. <https://doi.org/10.1080/10826080500260891>
- Kuda, A. (2001). Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*, (1) 2, 83-93.
- Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR, 208-214.

- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 314–324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 45-53. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327047>
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Evans, M., Redlich, C., & Berk, M. (2009). The therapeutic alliance: is it necessary or sufficient to engender positive outcomes? *Acta Neuropsychiatrica, 21*(2), 95–98. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2009.00372.x>
- Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling, 36*(4), 441-453.
- Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where Do We Go From Here? The Goal Perspective in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(4), 346–365. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x>
- Morrison, N. R., Constantino, M. J., Westra, H. A., Kertes, A., Goodwin, B. J., & 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. <https://doi.org/10.1002/jclp.22527>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 427–437. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.427>
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment Motivation and Therapeutic Engagement in Prison-Based Substance Use Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*(3), 387–396. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10400038>
- Roubal, J., Čeveliček, M., & Řiháček, T. (2019). Jak jednoduše provést a napsat případovou studii: Vodítka pro psychoterapeuty v praxi. *Psychoterapie, 13*(1), 22-39.
- Swift, J., & Callahan, J. (2009). Early psychotherapy processes: An examination of client and trainee clinician perspective convergence. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*(3), 228–236. <https://doi.org/10.1002/cpp.617>
- Timuľák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec* (2nd ed.). Praha: Portál.

Tryon, G. S., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 55*(4), 372–383. <https://doi.org/10.1037/pst0000170>

Vybíral, Z. (2016). *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál.

WAI Home | *Working Alliance Inventory*. (n.d.). <https://wai.profhorvath.com/>

Zane, N., Sue, S., Chang, J., Huang, L., Huang, J., Lowe, S., Srinivasan, S., Chun, K., Kurasaki, K., & Lee, E. (2005). Beyond ethnic match: Effects of client-therapist cognitive match in problem perception, coping orientation, and therapy goals on treatment outcomes. *Journal of Community Psychology, 33*(5), 569–585. <https://doi.org/10.1002/jcop.20067>

## **Přílohy**

Příloha č. 1 – přeložená verze dotazníku WAI-C (klientka)

Příloha č. 2 – přeložená verze dotazníku WAI-T (terapeut)

Příloha č. 3 – otázky pro polostrukturovaný rozhovor – klientka

Příloha č. 4 - otázky pro polostrukturovaný rozhovor – terapeut

## Příloha č. 1

1. S _____ se cítím nepříjemně.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
2. _____ a já se shodneme ve věcech, které budu muset v terapii udělat, abych pomohl/a zlepšit mou situaci.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
3. Mám obavy ohledně výsledku těchto sezení.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
4. To, co dělám v terapii, mi dává nové způsoby, jak nahlížet na svůj problém.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
5. _____ a já si navzájem rozumíme.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
6. _____ přesně vnímá, jaké jsou mé cíle.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
7. To, co dělám v terapii, mi připadá matoucí.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
8. Věřím, že _____ mě má rád.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
9. Přál/a bych si, abychom si s _____ vyjasnili účel našich sezení.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
10. Nesouhlasím s _____ v tom, co bych si měla/z terapie odnést.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy

11. Myslím si, že čas, který spolu s _____ trávíme, není tráven efektivně.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
12. _____ nerozumí tomu, čeho se snažím v terapii dosáhnout.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
13. Mám jasno v tom, jaké jsou mé povinnosti v terapii.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
14. Cíle těchto sezení jsou pro mě důležité.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
15. Zjišťuji, že to, co _____ a já děláme na terapii, nesouvisí s mými zájmy.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
16. Mám pocit, že věci, které v terapii dělám, mi pomohou dosáhnout změn, které chci.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
17. Věřím, že _____ se skutečně zajímá o mé blaho.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
18. Mám jasno v tom, co _____ chce, abych na těchto sezeních dělala.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
19. _____ a já se navzájem respektujeme.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
20. Cítím, že _____ není úplně upřímný/á, pokud jde o jeho/její city ke mně.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy

21. Věřím, že mi _____ dokáže pomoci.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
22. _____ a já pracujeme na vzájemně dohodnutých cílech.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
23. Cítím, že si mě _____ váží.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
24. Shodneme se na tom, na čem je pro mě důležité pracovat.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
25. V důsledku těchto sezení mám jasnější představu o tom, jak bych se mohl/a změnit.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
26. S _____ si navzájem věříme.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
27. _____ a já máme odlišné představy o tom, jaké jsou mé problémy.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
28. Můj vztah s _____ je pro mě velmi důležitý.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
29. Mám pocit, že když řeknu nebo udělám nesprávné věci, _____ se mnou přestane spolupracovat.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
30. S _____ spolupracujeme na stanovení cílů mé terapie.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy

31. Jsem frustrovaný/á z věcí, které v terapii dělám.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
32. Dobře jsme se domluvili na tom, jaké změny by pro mě byly dobré.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
33. Věci, o které mě _____ žádá, nedávají smysl.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
34. Nevím, co mám očekávat jako výsledek mé terapie.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
35. Věřím, že způsob, jakým pracujeme s mým problémem, je správný.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
36. Cítím, že _____ se o mě zajímá, i když dělám věci, které on/ona neschvaluje.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy



## Příloha č. 2

1. S _____ se cítím nepříjemně.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
2. S _____ se shodneme na krocích, které je třeba podniknout ke zlepšení jeho/její situace.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
3. Mám určité obavy ohledně výsledku těchto sezení.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
4. Můj klient i já jsme přesvědčeni o užitečnosti naší současné aktivity v terapii.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
5. Cítím, že _____ opravdu rozumím	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
6. _____ a já vnímáme její/jeho cíle stejně.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
7. _____ považuje to, co děláme v terapii, za matoucí.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
8. Věřím, že _____ mě má rád/ráda.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
9. Cítím potřebu objasnit _____ účel našich sezení.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
10. S _____ mám určité neshody ohledně toho, co by si měla ze sezení odnést.	2	3	4	5	6	7
Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy

11. Domnívám se, že čas, který spolu s _____ trávíme, není tráven efektivně.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
12. Mám pochybnosti o tom, čeho se v terapii snažíme dosáhnout.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
13. Jasně a zřetelně jsem vyjádřila, jaké jsou _____ povinnosti v terapii.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
14. Stávající cíle těchto sezení jsou pro _____ důležité.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
15. Zjišťuji, že to, co _____ a já děláme v terapii, nesouvisí s jejím/jeho současnými zájmy.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
16. Jsem přesvědčen, že věci, které v terapii děláme, pomohou _____ dosáhnout změn, které si přeje.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
17. Uprímně mi záleží na _____ blahu.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
18. Jasně jsem formuloval, co očekávám, že bude _____ dělat na našich sezeních.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
19. _____ a já se navzájem respektujeme.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
20. Cítím, že nejsem úplně upřímný, co se týče mých pocitů vůči _____.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy

21. Věřím, že _____ dokážu pomoci.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
22. _____ a já pracujeme na vzájemně dohodnutých cílech.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
23. Vážím si _____ jako člověka.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
24. Shodneme se na tom, na čem je pro _____ důležité pracovat	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
25. V důsledku těchto sezení je _____ jasnější, jak by se mohla změnit.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
26. S _____ jsme si vybudovali vzájemnou důvěru.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
27. _____ a já máme odlišné představy o tom, jaké jsou její/jeho skutečné problémy.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
28. Náš vztah je pro _____ důležitý.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
29. _____ má určité obavy, že když řekne nebo udělá nesprávné věci, přestanu s ním/ni spolupracovat.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy
30. _____ a já jsme spolupracovali při stanovování cílů pro tato sezení.	1 Nikdy	2 Jen zřídka	3 Příležitostně	4 Občas	5 Často	6 Velmi často	7 Vždy

31.	_____ je frustrovaná tím, co po ní/ním v terapii žádám.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
32.	Vysvětlili jsme si a pochopili jsme, jaké změny by pro _____ byly dobré.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
33.	Věci, které v terapii děláme, nedávají _____ příliš smysl.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
34.	_____ neví, co má očekávat jako výsledek terapie.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
35.	_____ věří, že způsob, jakým pracujeme s jejím problémem, je správný.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy
36.	Respektuji _____, i když dělá věci, které já neschvaluji.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nikdy	Jen zřídka	Příležitostně	Občas	Často	Velmi často	Vždy

### Příloha č. 3

1. Jak vnímáte terapeutickou alianci s terapeutem?
2. Jaký je podle vás cíl téhle terapie?
3. Myslíte, že je terapeut schopný vám pomoci s vašimi cíli v terapii?
4. Jak je možné, že tomuto terapeutovi věříte a dokážete se mu otevřít?
5. Máte pocit, že vám terapeut naslouchá a rozumí? Mohla byste uvést konkrétní příklad, kdy jste tohle pocítila?
6. Můžete uvést příklad, kdy jste s terapeutem prožila nějaký důležitý moment v terapii, který vám pomohl lépe porozumět vašim potížím nebo cílům?
7. Máte pocit, že vás terapeut vede k vlastní odpovědnosti? A k aktivnímu hledání způsobů, jak se osvobodit od destruktivních vzorců?
8. Máte pocit, že s terapeutem spolupracujete na dosažení vašich terapeutických cílů? Jakým způsobem vás terapeut podporuje v tomto procesu?
9. Proč je pro Vás vztah s terapeutem důležitý?
10. Cítíte, že terapeut vám poskytuje podporu a přijetí, když je to potřeba?
11. Cítíte, že vám někdy toto přijetí neposkytuje?
12. Jak vnímáte momenty, kdy odmítá poskytnout přijetí?
13. Jsou situace, kdy byste od terapeuta možná očekávala přijetí, ale nedostanete ho. Proč se za terapeutem stále vracíte?
14. V dotazníku jste uvedla, že máte často obavy z výsledku těchto sezení. Jaké obavy to jsou?
15. V dotazníku jste uvedla, že jen občas věříte tomu, že vás má terapeut rád. Jsou momenty, kdy tomu nevěříte?
16. Jak se vyvíjí vaše užívání návykových látek od té doby, co chodíte k terapeutovi?

## Příloha č. 4

1. Jak vnímáte terapeutickou alianci s klientkou?
2. Jak byste pojmenoval cíl terapie?
3. Jaké máte obavy ohledně výsledků těchto sezení?
4. Při jakých příležitostech máte potřebu ujasnit účel vašich sezení?
5. Vyjadřujete někdy, jaké jsou klientčiny povinnosti v terapii?
6. Proč je pro vás vztah s klientkou důležitý?
7. Přijímáte klientku, i když dělá věci, které neschvalujete? Jaké věci to jsou a proč je neschvalujete?
8. Uvedl jste, že příležitostně máte pochybnosti o tom, čeho se v terapii snažíte dosáhnout. Z čeho pramení tyto pochybnosti?
9. Co musí podle vás klientka udělat, aby nastala změna?
10. Nastala v terapii nějaká zásadní změna, bod, událost, která terapii nebo vztah nějak ovlivnila?