

Leonida KOBAL

Psihoterapevtski odnos iz vidika psihoterapevtske znanosti

*Psychotherapeutic relationship from
the perspective of psychotherapy science*

Povzetek

V tujini smo priča protislovnemu razvoju empirično podprte psihoterapije, ki uvaja v terapevtsko prakso standardizirane metode in tehnike dela za posamezne diagnostične kategorije in negira vpliv terapevtskega odnosa, klientovih kvalitativnih, ki niso diagnostične narave, terapevtovih osebnih dejavnikov, pomen usklajenosti in ujemanja različnih osebnih dejavnikov med terapevtom in klientom ter nenazadnje procesov in elementov terapevtskega konteksta v času. Hkrati so številne raziskave učinkovitosti terapije pokazale, da sta psihoterapevtski odnos in znotraj tega delovna zveza ne glede na psihoterapevtski pristop osnovna katalizatorja terapevtske spremembe, da ravno njuni kvalitativni najbolj napovedujeta učinkovitost psihoterapije. Tudi epistemološki premiki znotraj terapevtske teorije in prakse, ki so jih spodbudili kibernetika drugega reda, teorija samoorganizacije, konstruktivizem, sodobne raziskave dojenčkov, teorija intersubjektivnosti idr. poudarjajo pomen soudeležnosti, vzajemnosti, trenutkov srečanja med terapevtom in klientom ter da so tehnike in intervencije odnosa dejanja v soustvarjanju terapevtskega konteksta. Terapevtske spremembe so tesno povezane z ujemanji, ki se zgodijo med samoorganizirajočimi procesi med klientom in terapevtom ter znotraj klienta in terapevta v stabilnem, varnem okolju, ki ga omogoča dobra delovna zveza: čustvena vez ter pogajanje o terapevtskih ciljih in nalogah.

Ključne besede

empirično podprta psihoterapija, skupni terapevtski dejavniki, raziskave dojenčkov, delovna zveza, epistemologija, samoorganizacija, soudeležnost, intersubjektivnost, implicitne odnosne sheme, terapevtska sprememba

Abstract

Recent years have witnessed the controversial development of practice guidelines and empirically supported treatments, which neglect influence of therapeutic relationship, client's nondiagnostic characteristics, the person of the therapist and matching, mutuality of different personal characteristics, processes and elements of therapeutic context in real time. On the other hand the research of effectiveness of psychotherapy has shown that psychotherapeutic relationship and working alliance are the most important catalysts of therapeutic change across all psychotherapeutic modalities and that they are the best predictors of therapeutic outcome. Epistemological shifts in therapeutic theory and practice, which were influenced by second order cybernetic, theory of self-organization, constructivism, baby research, theory of intersubjectivity etc. have pointed out the co-participation, mutuality and moments of meeting in the therapeutic relationship, where techniques and interventions are relational acts in co-creation of therapeutic

context. Therapeutic changes are very connected with matchings, mutualities, synchronizations which occur between self-organizing processes inside and between the therapist and the client in the safe and stable environment, which can be established by good working alliance: bond, negotiating therapeutic goals and tasks.

Key words

empirically supported psychotherapy, common factors, baby research, working alliance, epistemology, self-organization, co-participation, intersubjectivity, implicit relationship schemas, therapeutic change

Opomba

gre za posodobljeno verzijo članka z naslovom Kobal, L. (2005). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi: [zbornik prispevkov]*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, str. 84-97.

Uvod

Ker izhajam iz predpostavke, da tisto, kar je napisano, pove več o tistem, ki je napisal, kot o vsebini napisanega (Maturana in Varela, 1998), želim najprej orisati svoje predpostavke, ki so me usmerjale pri pričujočem članku (vsaj tiste, ki jih lahko reflektiram). Učila sem se iz različnih virov in na različne načine. Na eni strani sem raziskovala sodobne relacijske teorije, ki imajo svoje korenine v psihoanalitično orientiranih psihoterapijah, in teorije otroškega razvoja, še posebej teorijo navezanosti in teorijo o razvoju občutka sebe in odnosnosti Daniela Sterna. Na izkustveni ravni sem doživela pomen terapevtskega odnosa v osebni analizi in spoznala, kaj pomeni dolgotrajni terapevtski proces. Na drugi strani sem v šoli kibernetike psihoterapije spoznala kibernetiko drugega reda, teorijo samoorganizacije, sistemsko teorijo, hipnoterapijo Milтона H. Ericksona, kasneje še sistemsko kratkotrajno, k rešitvi usmerjeno družinsko terapijo. Seznanila sem s kognitivno vedenjsko terapijo, bolj natančno z dialektično terapijo M. Linehan, ker sem v vsem tem času gojila zanimanje za delo z ljudmi s ti. zgodnjimi motnjami. Izkusila sem geštalt in integrativno terapijo, zanimanje za delo s travmami me je vodilo do EMDRja. Spoznala sem NLP in coaching A. Robbinsa. V terapevtsko prakso sem integrirala čuječnost, ki sem jo prepletla s tradicijo joge – poti za osebnostni in duhovni razvoj. V svoje raziskovalnem delu sem se zadnja leta predvsem posvečala vprašanju, kaj v psihoterapiji deluje in še posebej pomenu kvalitete terapevtskega odnosa za terapevtski proces in dejavnikom, ki na terapevtski odnos vplivajo ne glede na terapevtski pristop.

Psihoterapevski odnos in znotraj tega delovna zveza sta temeljna skupna terapevtska dejavnika. To pomeni, da je njun vpliv na terapevtski proces in izid ključen v vseh psihoterapevtskih pristopih. Raziskave so nedvoumno pokazale, da ravno kvaliteti terapevtskega odnosa in še posebej delovne zveze najboljše napovedujeta učinkovitost psihoterapije. Istočasno se je v tujini razmahnila ti. empirično podprta psihoterapija, ki uvaja standardizirane metode in tehnike dela za posamezne diagnostične kategorije. To je v nasprotju s subjektivnim doživetjem psihoterapije kot enkratnega srečanja med dvema subjektoma v nenehnem procesu usklajevanja, sledenja, uglaševanja, ujemanja, pogajanja v sicer trdnem okviru terapevtskega dogovora.

V članku zavestno uporabljam pojem empirično podprta psihoterapija iz vidika njene uporabe za standardizacijo terapevtskega procesa, ki lahko iztirja v novo obliko objektivizma, s tem ko poudarja kot edini kriterij za določanje terapevtske obravnave povezanost med diagnozo in uporabljenimi tehnikami. To pa ne pomeni, da ne podpiram empirično podprte psihoterapije, ki temelji na sintezi kvantitativne in kvalitativne metodologije, ideografskih in nomotetičnih pristopov ter omogoča raziskovanje součinkovanja kompleksnih terapevtskih dejavnikov, procesov in evalvacijo terapevtskih izidov na sploh, še posebej pa tistih, ki omogočajo sprotno evalvacijo in uporabnost v praksi.

Epistemološki premiki znotraj teorije in prakse psihoterapije, ki so jih spodbudili kibernetika drugega reda, konstruktivizem, teorija samoorganizacije, sodobne raziskave dojenčkov, teorija intersubjektivnosti idr. poudarjajo dejavnike, ki so bolj osebne narave: terapevtski odnos, pogajanje o terapevtskih ciljih in pomenih, spoznavanje klienta kot enkratnega posameznika s težavami in viri v določeni fazi in kontekstu življenja, tukaj in zdaj; soudeleženos, uglaševanje, prisotnost, intersubjektivnost, preverjanje osebnih predpostavk in zelo pomembno – ujemanje enkratnega klienta z enkratnim terapevtom v različnih točkah terapevtskega procesa. Vsega tega ne moremo zajeti v standardiziranih priročnikih metod in tehnik. Seveda ima sistematizacija metod in tehnik poleg pomanjkljivosti tudi svoje prednosti: daje široko paleto orodij, za katere vemo, da lahko pomagajo »povprečnemu« klientu, omogoča raziskovanje, racionalizira stroške

zdravljenja, zmanjšuje negotovost pri začetniku in ga opremlja za hitro delo, ustvarja občutek nadzora, jasnosti, preglednosti, skratka omogoča zmanjševanje (trivializacijo) kompleksnosti posameznika, odnosa in terapevtskega procesa - vendar ali je to dovolj?

Bateson (1972: 138) nas opozarja:

»Za nas, družboslovne znanstvenike, bi bilo dobro, če bi brzdali svojo gorečnost, da bi nadzorovali naš svet, ki ga tako nepopolno razumemo... Namesto tega bi lahko naše raziskovanje navdihoval starejši, danes manj cenjeni motiv: radovednost o svetu, katerega del smo. Nagrada za tako delo ni moč, temveč lepota.«

Da lahko psihoterapija tako klienta kot terapevta nagraduje z lepoto, ki se poraja iz edinstvenosti človeškega srečanja v terapevtskem odnosu, mora imeti terapevt dovolj možnosti za spontano in kreativno prilagajanje terapije potrebam edinstvenega klienta.

Tudi Yalom (2002: 72) piše:

»Trenutna kriza v psihoterapiji zaradi standardizacije terapevtskih postopkov je tako resna in tako ogroža psihoterapevtovo spontanost, da je potrebna temeljita sprememba: terapevt si mora prizadevati ustvariti novo terapijo za vsakega klienta posebej.«

Ob tem si lahko postavimo več vprašanj. Kakšna terapevtska drža omogoča avtentičnost v uporabi metod, tehnik, osebnega sloga v jasno dogovorjenih okvirih pomoči klientskemu sistemu na skupnem potovanju, kjer se tudi terapevt uči, spreminja in je odprt za nova, nepredvidljiva srečanja? Kako terapevt udejanja etiko soudeleženi, upošteva klienta kot avtonomni samoorganizirajoči sistem, kot polnopravno odgovornega za svoje življenje, s katerim se pogaja o ciljih, nalogah, hipotezah, dogovorih in hkrati nudi podporo? Kako terapevt omogoča pristne trenutke srečanja, ki nastanejo v trenutkih sinhronizacije sistema in lahko vodijo v spreminjanje implicitnih odnosnih shem, vzorčenj osebnega in odnosnega sveta? Kako terapevt sledi etiki terapevtskega dela, ohranja prisotnost in samorefleksijo?

V pričujočem članku želim izpostaviti dilemo med empirično podprto psihoterapijo in teorijo skupnih, generičnih terapevtskih dejavnikov. Empirično podprta psihoterapija reducira terapevtski kontekst na zaporedje uporabljenih tehnik in tako negira vpliv samoorganizirajočih, procesnih, osebnih dejavnikov. Teorija skupnih, generičnih dejavnikov pa izpostavi tiste terapevtske dejavnike, ki so sicer z uporabo tehnik povezani, ker jih vključujejo, vendar jih hkrati zaobjemajo: terapevtski odnos in proces, klientove in terapevtove kvalitete, trenutna samoodnosnost, ujemanje, soudeleženi v polju intersubjektivnosti. V prvem delu članka bom predstavila teorijo skupnih terapevtskih dejavnikov in povezanost terapevtskega odnosa z učinkovitostjo psihoterapije. V drugem delu pa bom osvetlila spreminjanje temeljnih epistemoloških predpostavk v psihoterapiji.

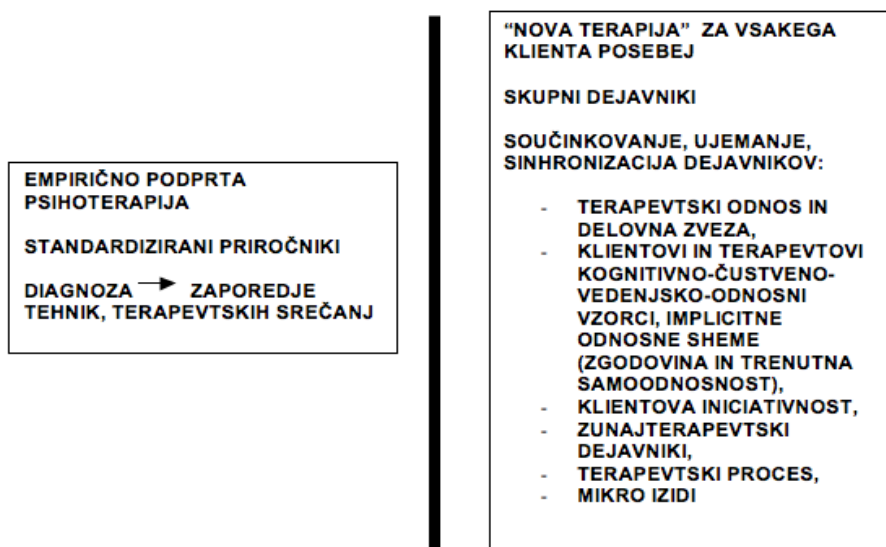
Empirično podprta psihoterapija nasproti teoriji skupnih terapevtskih dejavnikov

V razvitih deželah je psihoterapija v zadnjih petnajstih letih začela prodirati v javni sektor ekonomskega tržišča. Spremembe financiranja mentalno zdravstvenih organizacij s strani zavarovalnic so od osemdesetih let dvajsetega stoletja vplivale na pomemben premik v raziskovanju in praksi psihoterapije. Izostri se je vprašanje, kateri psihoterapevtski pristopi

so učinkoviti (in postopno, kateri psihoterapevtski pristopi so učinkoviti "pri kom", pri kakšni problematiki), ker je priznanje učinkovitosti določenega pristopa pomenilo njegovo prihodnje financiranje (Roth in Fonagy, 1996).

Te raziskave so spodbudile izdelavo standardiziranih priročnikov za uporabo točno določenih psihoterapevtskih metod in tehnik, s točno določenim številom terapevtskih srečanj v primeru diagnosticirane motnje. Mnogi psihoterapevti so začeli opozarjati na nevarnost tehnizacije psihoterapije, ki jo na eni strani podpira biomedicinski model, na drugi strani pa zahteve zavarovalnic, ki plačujejo psihoterapijo. Nastalo neravnovesje so poskušali nekateri raziskovalci uravnotežiti tako, da so začeli raziskovati in poudarjati vlogo skupnih terapevtskih dejavnikov, tj. dejavnikov, ki presegajo posamezne terapevtske šole in jih ne moremo reducirati le na uporabno metod in tehnik, čeprav so istočasno z njimi povezani. Med skupnimi dejavniki ima osrednjo vlogo psihoterapevtski odnos in še posebej delovna zveza.

Zagovorniki delovanja skupnih dejavnikov menijo, da psihoterapija, ki temelji na empirično podprtih povezavah med terapevtskimi metodami in diagnostičnimi kategorijami (v nadaljevanju empirično podprta psihoterapija), zanemara tri pomembna področja: terapevtovo osebnost, psihoterapevtski odnos in klientove značilnosti, ki niso vključene v diagnozo (Norcross, 2002: 4-6). Smail (1999) je opozoril, da predstavniki empirično podprte psihoterapije vzdržujejo »tehnično« podobo psihoterapije zaradi ekonomskih interesov. Hkrati so potencialni klienti zainteresirani za poenostavljeno podobo empirično podprte psihoterapije kot »hitrem popravilu«, ki se drži jasnih receptov. Akademski raziskovalci pa so pogosto naklonjeni določenemu psihoterapevtskemu pristopu in si prizadevajo predvsem potrditi uporabnost metod.



Slika 1: Dilema med empirično podprto psihoterapijo in teorijo skupnih dejavnikov.

Empirično podprta psihoterapija obravnava psihoterapevta kot neosebni dejavnik, ki deluje v skladu z določili priročnika za motnje diagnosticirane v DSM-IV ali ICD-10. Ta drži je v

velikem nasprotju s klinično izkušnjo psihoterapije kot intenzivno medosebnega, interakcijskega in čustvenega doživetja. Meta-analize so pokazale, da so psihoterapevtovi dejavniki zasenčili varianco razlik med psihoterapevtskimi pristopi (Luborsky, 1986, po Norcross, 2002: 4 Lambert in Barley, 2002: 21). Zanimiv in poučen je primer raziskovalnega projekta, v katerem so poskušali določiti vpliv terapevtovih osebnostnih dejavnikov v kognitivno vedenjski psihoterapiji (Project MATCH Research Group, 1998, po Norcross, 2002: 5). V raziskovanju zdravljenja panične motnje so standardizirali program zdravljenja, psihoterapevte in kliente, da bi čim bolj zmanjšali učinke psihoterapevtove osebnosti. Program zdravljenja so določili po priročniku in ga natančno strukturirali, psihoterapevte so enako usposobili in jih ob tem opazovali, kliente pa so izbrali po strogih diagnostičnih postopkih, da bi bili čimbolj podobni. Kljub temu so se psihoterapevti pomembno razlikovali po uspešnosti in obsegu sprememb, ki so jih dosegli v delu s klienti. Učinek psihoterapevta na učinkovitost psihoterapije je nihal v razponu od 0% do 18%.

Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Shapiro, Firth-Cozen in Stiles (1989, po Lambert in Barley 2002:21), ki so raziskali učinke terapevtove osebnosti na izid psihoterapije v študiji, s katero so ravno obratno poskušali čim bolj izostriti vpliv tehnik na izid psihoterapije (Shapiro in Firth, 1987). Štirideset zunaj bolnišničnih klientov so obravnavali štirje terapevti, tako da je vsak klient v različnem zaporedju dobil osem srečanj kognitivno - vedenjske terapije in osem srečanj humanistično - dinamične terapije. Rezultati so pokazali le male razlike med pristopoma, z malo prednosti za kognitivno - vedenjsko terapijo. Kasneje so raziskovalci na osnovi istih podatkov raziskali učinke terapevtovih osebnih dejavnikov na izid psihoterapije. Kljub poskusu da bi z raziskovalnim načrtom nadzorovali učinke terapevtovih osebnih dejavnikov, so med psihoterapevti odkrili razlike. Ne glede na to, da so terapevte usposabljali po skupnem priročniku in jim nudili isto supervizijo, so ugotovili, da je imel en terapevt bistveno boljše rezultate pri uporabi kognitivno - vedenjske terapije kot drugi terapevti. Precejšen delež variance v izidu psihoterapije je bil torej odvisen od terapevtovih dejavnikov.

Zelo vprašljiva je tudi redukcija klientovih značilnosti na diagnostične kategorije, izključno prirejanje terapevtskih tehnik diagnozam in zanemarjanje klientovih nediagnostičnih značilnosti (Norcross, 2002: 4-6). Vsi priročniki so orientirani na diagnostične kategorije in ne na človeka. Izkušnja vsakega psihoterapevta pa je, da je za zdravljenje ključnega pomena spoznavanje klientove enkratnosti in njegovega konteksta ter odgovarjanje na njegovo kompleksno enkratnost. Nekaterih klientov tudi ne moremo razvrstiti v diagnostične kategorije. Horvath (po Horvath in Luborsky, 1993) je ob pregledu študij razdelil klientove dejavnike, ki vplivajo na razvoj delovne zveze, v tri kategorije: medosebne sposobnosti ali veščine, intrapsihična dinamika in diagnostične značilnosti. Medosebne veščine so povezane z oceno kvalitete klientovih socialnih odnosov, družinskih odnosov in stresnih dogodkov. Intrapsihična dinamika je povezana z oceno klientove motivacije, psihičnega statusa, klientovih implicitnih odnosnih shem (objektnih odnosov, introjekta, delovnih modelov in stilov navezanosti). Diagnostične lastnosti se povezujejo z oceno teže klientovih simptomov ter prognozično oceno in prav te imajo relativno majhen vpliv na klientovo sposobnost za razvoj dobre delovne zveze, ki je povezana s pozitivnim izidom psihoterapije (Horvath in Luborsky, 1993). Ne glede na posamezne vplive terapevtovih in klientovih dejavnikov pa je ujemanje med terapevtom in klientom zelo pomembno (Luborsky, 1994).

Raziskave kažejo, da imajo nekateri terapevti boljši izid psihoterapije in da so nekateri terapevti bolj uspešni pri nekaterih tipih klientov kot pri drugih. Orlinsky in Howard (1980, po Lambert in Barley, 2002: 21) sta ugotavljala izid psihoterapije pri 143 klientkah, ki jih je zdravilo 23 psihoterapevtov s tradicionalno pogovorno psihoterapijo. Po pričakovanjih so imele klientke

določenih terapevtov boljše izide. Terapevti, ki so imeli več kot šest let izkušenj, so imeli boljše izide. Nekateri terapevti so delali bolje s težkimi primeri. Tudi tisti, ki so imeli v povprečju slab izid, so delali dobro z nekaterimi klienti. K oblikovanju terapevtskega odnosa in delovne zveze so prispevali tako terapevtovi kot klientovi dejavniki. Njihovo medsebojno ujemanje lahko okrepi pozitivne, zdravilne vidike terapevtskega odnosa ali pa deluje protiterapevtsko. Terapevtski odnos tukaj in zdaj lahko deluje kot katalizator za delovanje nezavednih odnosnih shem in kot tak lahko omogoča novo odnosno izkušnjo ter uspešno razvijanje in uresničevanje terapevtskih nalog in ciljev.

Orlinsky in Howard (1987) sta v generičnem modelu psihoterapije predstavila pet skupnih dejavnikov terapevtskega procesa, ki so značilni za vse terapevtske pristope:

- 1) terapevtski dogovor, ki definira cilje in okvir obravnave;
- 2) terapevtske intervencije;
- 3) terapevtsko vez, ki predstavlja čustveni vidik odnosa med terapevtom in klientom, in se oblikuje, ko sodelujeta drug z drugim v specifičnih vlogah;
- 4) terapevtova in klientova samoodnosnost (angl. self-relatedness), tj. sposobnost za samournavnanje čustev, misli, vedenj, interakcij na osnovi implicitnih odnosnih shem v tukaj in zdaj;
- 5) terapevtski dosežki, ki se kažejo v uspešnih učinkih med terapevtskim srečanjem.

Med vsemi dejavniki ima zaradi neposrednih in posrednih vplivov na izid psihoterapije in na klientovo (terapevtovo) samoodnosnost osrednjo vlogo terapevtska vez.

Psihoterapevtski odnos in učinkovitost psihoterapije

Raziskovanje psihoterapevtskega odnosa zahteva raziskovanje konteksta, ki ga sooblikujejo različni dejavniki terapevta, klienta in njunega odnosa. To pomeni oddaljitev od klasičnega biomedicinskega modela raziskovanja, ki temelji na izoliranih vzrok – posledica povezavah, neodvisnih od polja raziskovanja in raziskovalca. V terapevtskem odnosu medsebojno delujejo v soodvisnosti mnogi dejavniki – medosebni in intrapsihični; osebne kvalitete, znanja, veščine in osebne ranljivosti. Upoštevanje delovanja večjega števila dejavnikov omogoča boljše raziskovanje terapevtskega konteksta. Le-to je možno s procesnim spremljanjem in kvalitativnim raziskovanjem, v okviru kvantitativnega raziskovanja pa z uporabo multivariantnih metod (Norcross, 2002).

Psihoterapevtski odnos lahko v najširšem pomenu besede opredelimo kot »... občutke in drže, ki jih imata klient in terapevt drug do drugega, in načine, na katerega se le-ti izražajo.« (Gelso, Carter, 1985, 1994, po Norcross, 2002: 7) Taka definicija omogoča vključitev različnih elementov terapevtskega odnosa: delovna zveza (alianza) v individualni terapiji, kohezija v skupinski terapiji, Rogersovi spodbujevalni dejavniki (empatija, pozitivna usmerjenost, avtentičnost / kongruentnost). S terapevtskim odnosom so tudi povezane nekatere psihoterapevtske tehnike, npr. terapevtovo samorazkrivanje, odnosne interpretacije, uglaševanje.

V kolikšni meri je uporaba določenih tehnik prepletena z odnosom je težko meriti, tako kot je tudi delitev med terapevtskimi metodami in terapevtskim odnosom do določene mere umetna. Tako kot sam psihoterapevtski odnos vpliva na to, kako se bo posameznik odzval na določeno intervencijo, in je bolj pomembno kdaj, kako in koliko terapevt intervenira, tako tudi uporaba

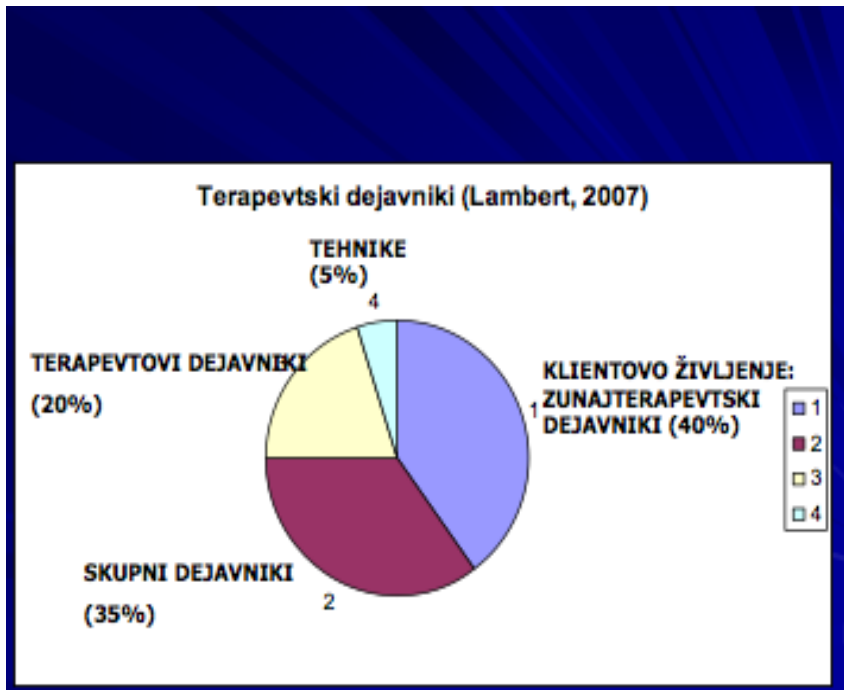
metod vpliva na oblikovanje psihoterapevtskega odnosa. Lahko tudi trdimo, da so tehnike in intervencije odnosna dejanja (Safran in Muran, 2000).

Lambert in Barley (2002: 26) sta na osnovi pregleda raziskav o učinkovitosti psihoterapije zaključila, da lahko po šestdesetih letih raziskovanja zanesljivo trdimo, da je na splošno psihoterapija uspešna in da je povprečni klient v psihoterapevtski obravnavi v 80% na boljšem kot klient brez psihoterapevtske obravnave. Primerjalne študije različnih terapevtskih metod niso pokazale bistvenih razlik v učinkovitosti temeljnih terapevtskih pristopov. Dejavniki terapevtskega odnosa so dosledno in močnejše povezani z izidom psihoterapije kot terapevtske tehnike. Ko so bili klienti v vlogi ocenjevalca psihoterapevtskega procesa in izida, so bile povezave med kvaliteto terapevtskega odnosa in izidom še močnejše. Terapevte, ki so imeli boljše izide psihoterapije, so klienti opisovali kot bolj razumevajoče in sprejemajoče, empatične, tople in suportivne.

Terapevtski dejavniki, ki prispevajo k učinkovitosti terapije

Lambert (2007) je definiral štiri kategorije terapevtskih dejavnikov, ki prispevajo k učinkovitemu izidu psihoterapije (glej sliko 2):

- klientovo življenje - zunajterapevtski dejavniki – 40% (pozitivni, naključni dogodki v klientovem življenju, klientovi viri, npr. socialni viri - podpora v socialni mreži itn.);
- skupni dejavniki – 35% (dejavniki, ki so jih odkrili v večini psihoterapevtskih pristopov ne glede na psihoterapevtov teoretični okvir oz. pripadnost pristopu, npr. odnosni dejavniki - zaupnost v psihoterapevtskem odnosu, kvaliteta terapevtskega delovnega odnosa, procesni dejavniki, dejavniki pričakovanja - klientovo zavedanje, da je v programu zdravljenja; klientova vera v uporabljene tehnike, učinek placeba itn.);
- terapevtovi dejavniki – 20% (terapevtova empatija, toplina, sprejemanje klienta, opogumljanje klienta za tveganje, terapevtova kongruentnost oz. skladnost, terapevtova prepričanost in vera v to, kar dela itn.);
- psihoterapevtske tehnike – 5% (dejavniki značilni za posamezni psihoterapevtski pristop kot so npr. hipnoza, progresivna desenzibilizacija, krožna vprašanja, uporaba transferja, itn.).



Slika 2: Terapevtski dejavniki oz. dejavniki izida psihoterapije.

VIR: Lambert, M. (2007). *The Mechanisms of Change in Psychotherapy and Implications for Practice*. Predavanje na Kongresu Selbstorganisation von Geist & Gehirn v Eggenburgu, 7. – 9. oktobra 2007.

Zunajterapevtski dejavniki

43% ljudi, ki trpijo zaradi različnih vedenjskih in čustvenih težav, najde rešitev brez formalne pomoči (Bergin in Lambert, 1978, po Lambert, 2002: 18). Kako bodo posamezniki razrešili krizo, je odvisno od spleta različnih dejavnikov: intenziteta in kroničnost težav, spremljajoča osebnostna motnja, narava, moč in kvaliteta socialne mreže (še posebej partnerske zveze) in diagnoza (po Lambert, 2002: 19). Te ugotovitve kažejo, da na učinkovitost psihoterapije močno vplivajo klientove značilnosti in zunanje okoliščine. Ljudje pogosto iščejo pomoč, tako da berejo priročnike za samopomoč, se vključujejo v skupine za samopomoč; pomoč dobijo v svoji socialni mreži, v izobraževalnih skupinah, verskih skupnostih, anonimnih skupinah, kjer je poudarek na medsebojni opori.

Učinek placebo

Klientova pričakovanja, upanje in zaupanje v terapevta in metodo zdravljenja prispevajo k učinku zdravljenja. 40 do 66 % klientov poroča o izboljšanju pred prvim terapevtskim srečanjem (Howard in sod., 1986; Howard, 1993; Lawson, 1994, po Rus Makovec, 2002), oziroma že po diagnostičnem intervjuju ali obljubi terapije. Dejavniki, ki delujejo kot protitež izgubi

klientovega in terapevtovega upanja (Frank in Frank, 1991, po Rus Makovec, 2002), so naslednji:

- čustveno nabit odnos - terapevti morajo upati, da se klient lahko spremeni;
- terapevtski kontekst, ki ustvarja prepričanje, da je terapevt tu že mnogim pomagal ("tako in tu se pomaga").
- terapevtski mit oz. terapevtova razlaga klientovega trpljenja; delno je torej uspeh odvisen od ustreznosti določene teorije za klienta;
- terapevtski ritual - terapevtovo zaupanje in obvladovanje tehnike krepi klientovo prepričanje v njegov potencial za zdravljenje.

Specifične terapevtske tehnike

Cilj prvega vala raziskovanja učinkovitosti psihoterapije je bil dokazovanje učinkovitosti določenega psihoterapevtskega pristopa. Z meta-analizo vseh teh raziskav je Lambert prišel do temeljnega zaključka: psihoterapija je na splošno učinkovita, medtem ko noben od pristopov po učinkovitosti posebej ne izstopa.

Najnovejše meta-analize so potrdile, da večina terapevtskih tehnik ni bolj učinkovita pri zdravljenju določenih motenj (Wampold, 1997, po Lambert in Barley, 2002: 19). Le malo je tehnik, ki so bolj učinkovite pri nekaterih diagnostičnih kategorijah, npr. tehnika izpostavljanja pri nekaterih fobičnih motnjah, postopno prakticiranje pri spolnih motnjah, kognitivno prestrukturiranje in izpostavljanje pri agorafobiji. Pomen specifičnih psihoterapevtskih tehnik v odnosu do skupnih dejavnikov je še posebej vprašljiv pri ti. »early responders«, to je klientih, ki pokažejo izboljšanje še preden psihoterapevt uporabi specifične tehnike. V tem primeru imajo ključno vlogo klientove značilnosti: pripravljenost na psihoterapijo, motivacija ter sposobnost za ohranjanje fokusa in izpolnjevanje zgodnjih nalog v terapiji (Agras, 2000; Fennel in Teasdale, 1987; Lambert in Anderson, 1996; Tang in DeRubeis, 1999) ter odnosni dejavniki (kot je delovna zveza) (Lambert in Barley, 2002:21).

Presenetljiva pa je tudi nedavna ugotovitev, da dve tretjini razlik v učinkovitosti različnih psihoterapevtskih šol, lahko pripišemo raziskovalčevi naklonjenosti določeni psihoterapevtski šoli (Luborsky, 2000).

Odnosni dejavniki

Ko so raziskovalci naredili pregled raziskav, ki so se osredotočile na povezavo med izidom psihoterapije in terapevtskim odnosom, so konceptualno težko razlikovali med terapevtovimi spremenljivkami (odnosni stil, značilnosti), spodbujevalnimi pogoji (empatija, toplina, pozitivna naravnost) in terapevtskim odnosom (terapevtska delovna zveza, delovno prizadevanje). Našteti dejavniki se medsebojno ne izključujejo, temveč so soodvisni, se prekrivajo in so medsebojno povezani.

- Psihoterapevtove značilnosti in spodbujevalni pogoji

Orlinsky, Grave in Park (1994) so v obsežni meta-analizi identificirali terapevtove dejavnike, ki so dosledno pozitivno vplivali na izid psihoterapije: terapevtova verodostojnost, večšine, empatično razumevanje in potrjevanje klienta skupaj s

sposobnostjo, da se s klientom osredotočita na klientov problem in usmeri klientovo pozornost na njegove čustvene izkušnje.

V mnogih raziskavah so preverjali vpliv spodbujevalnih dejavnikov (terapevtove empatičnosti pozitivne drže, kongruentnosti / avtentičnosti), ki so jih Rogerovem na posameznika usmerjenem pristopu predpostavili kot bistvene dejavnike za doseganje terapevtskih ciljev.

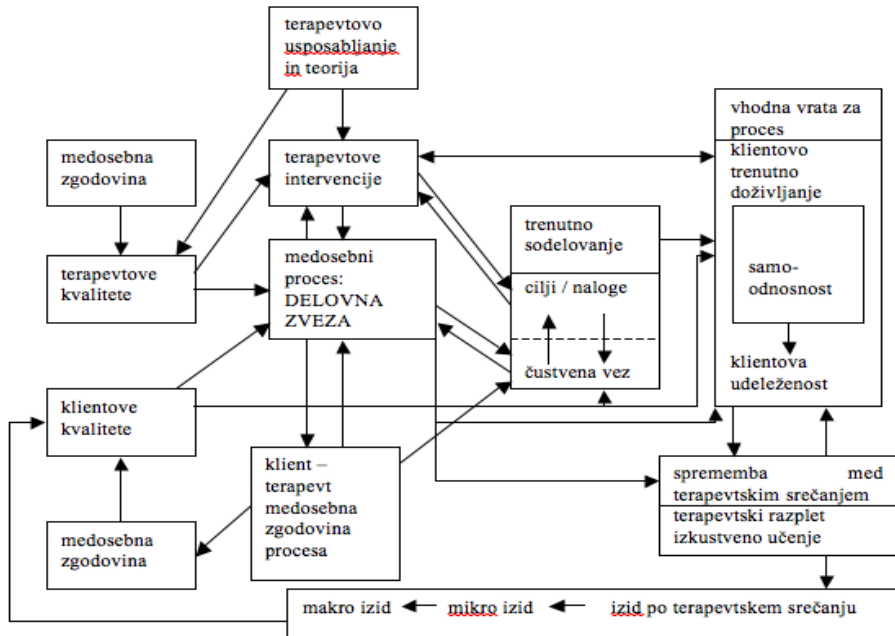
Lambert, DeJulio in Stein (1978, po Lambert in Barley, 2002) so naredili meta-analizo raziskav, ki so ugotovljale vpliv spodbujevalnih dejavnikov na izid psihoterapije. Ugotovili so, da le malo rezultatov kaže na neposredno vzrok – posledica povezavo med spodbujevalnimi dejavniki in izidom. Korelacije so bile najmočnejše med klientovo oceno spodbujevalnih dejavnikov in klientovo oceno izida. Na drugi strani so Greenberg, Elliot in Lietaer (1994, po Lambert in Barley, 2002) z meta-analizo ugotovili, da je korelacija med spodbujevalnimi dejavniki na splošno in izidom 0,43, kar govori v prid spodbujevalnih dejavnikov. Tudi druge raziskave so pokazale vpliv terapevtove empatičnosti na izid psihoterapije, vendar predvsem klientovega zaznavanja terapevta kot empatičnega posameznika, ne pa aktualno terapevtovo vedenje (Horvath in Luborsky, 1993). Klienti v bolj uspešnih terapijah so navajali, da so čutili, da jih terapevti bolj razumejo, kot so to čutili klienti v manj uspešnih terapijah (Lafferty, Beutler in Crago, 1991, po Lambert in Barley, 2002). Dobljeni rezultati kažejo, da k uspešnemu izidu psihoterapije pomembno prispeva klientov občutek, da ga terapevt razume in sprejema. Hkrati so pokazali (Bachelor, 1988), da različni klienti terapevtovo empatičnost različno zaznavajo.

Delovna zveza oz. terapevtska aliansa

Delovna zveza oz. terapevtska aliansa je v zadnjem času med najbolj raziskovanimi terapevtskimi dejavniki. H kvaliteti delovne zveze prispeva terapevt s kvaliteto spodbujevalnih dejavnikov, s sposobnostjo, da učinkovito razrešuje motnje v delovni zvezi in sposobnostjo, da doseže vzajemno strinjanje s klientom o ciljnih obravnave in kako bosta cilje dosegla (Hatcher in Barends, 1996, po Lambert in Barley, 2002). Klient prispeva h kvaliteti delovne zveze s sposobnostjo, da v terapiji sodeluje (Henry in Strupp, 1994; Gaston in Marmar, 1994). Poleg tega vplivajo na kvaliteto delovne zveze klientov in terapevtov introjekt (Henry in Strupp, 1994), delovni modeli in stili navezanosti (Meyer in Pilkonis, 2002), objektni odnosi (Piper in sod., 1991), odnosne sheme (Safran in sod., 1994, 2000, 2002), samoodnosnost (samouravnavanje misli, čustev, koncepta sebe, ki se izraža v socialni interakciji v terapevtskem srečanju) (Orlinsky in Howard, 1987), ki jih imenujemo implicitne odnosne sheme.

Kronološko gledano so se raziskovalci najprej usmerili v povezave med delovno zvezo in učinkovitostjo psihoterapije. Meta-analize so pokazale, da delovna zveza ne glede na različne psihoterapevtske pristope najbolje napoveduje učinkovitost psihoterapije (Horvath in Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe in Parks, 1994). Ugotovili so, da je povprečna povezanost med delovno zvezo in izidom psihoterapije za različne pristope 0,21 (Horvath in Bedi, 2002). V drugi fazi pa so začeli raziskovati posredne dejavnike in motnje v delovni zvezi.

Henry in Strupp (1994) sta na podlagi raziskav, interpersonalne teorije (Sullivan, 1953; Benjamin, 1974; Kiesler, 1982) in generičnega modela psihoterapije (Orlinsky in Howard, 1987) oblikovala medosebni model terapevtskega procesa in izida. Delovno zvezo sta opredelila kot sinonim za medosebni proces, na katerega vplivajo nezavedni in zavestni, pretekli in sedanji, osebni in medosebni dejavniki.



Slika 3: Medosebni model psihoterapevtskega procesa in izida (Henry in Strupp, 1994).

V zgornjem modelu je medosebni proces osrednjega pomena, na katerega vplivajo klientovi in terapevtovi pretekli in tukaj-zdaj procesni dejavniki. Še posebej zanimiva pa je predpostavka, da je samoodnosnost ključna za terapevtsko spremembo. Orlinsky in Howard (1987) sta definirala klientovo samoodnosnost med terapijo kot klientovo uravnavanje čustev, misli, interakcij, vedenj, skratka klientovo samouravnavanje biopsihosocialnih stanj med terapijo. Trenutna klientova samoodnosnost, ki jo imenujem tudi trenutno delovanje implicitnih odnosnih shem v vseh vidikih (čustvenih, kognitivnih, vedenjskih, interaktivnih in simbolnih), predstavlja »vhodna vrata«, ki uravnavajo klientovo odprtost/obrambno držo oz. tudi določajo stanje kritične nestabilnosti, ko se lahko zgodijo pomembne terapevtske spremembe. Samouravnavanje samoodnosnosti med terapijo določa, kako klient sprejema terapevtske intervencije in kako sodeluje v terapevtskem procesu. Na klientovo samoodnosnost vplivajo štirje dejavniki:

- vsebina terapevtske intervencije,
- klientove kvalitete (obrambno varovalni mehanizmi, razvojna raven),
- medosebni proces v specifičnem srečanju,
- trenutno sodelovanje.

Iz vidika medosebnega modela obstajajo najboljši pogoji za terapevtsko spremembo takrat,

ko terapevt v kontekstu močne čustvene vezi in ob soglasju glede terapevtskih nalog, uporabi ob pravem času pozitivno usmerjene in konceptualno jasne intervencije s klientom, ki mu osebne kvalitete omogočajo, da jih dobro izkoristi. Osrednjega pomena je medosebni proces, ker je tesno povezan z vsemi dejavniki, ki umerjajo klientovo trenutno stanje oz. samoodnosnost. Tudi medosebna zgodovina klientovega in terapevtovega sodelovanja posredno vpliva na trenutni medosebni proces in klientovo samoodnosnost. Npr. pri terapevtih in klientih s pozitivno medosebno zgodovino bodo trenutne motnje manj vplivale na trenutni medosebni proces in čustveno vez.

Trenutno sodelovanje so avtorji v skladu z Bordinovo teorijo (1994) opredelili z dejavniki delovne zveze: vez, soglasje glede ciljev in nalog. Na sodelovanje vplivajo terapevtove intervencije, klientove kvalitete in medosebni proces, ki neposredno in posredno preko trenutnega sodelovanja vplivajo na klientovo samoodnosnost v terapevtskem srečanju. Pozitivna čustvena vez in soglasje glede ciljev in nalog, npr. lahko ohranjata klientovo odprtost kljub trenutno revnemu medosebnemu procesu ali neustrezni intervenciji.

Terapevtove značilnosti vplivajo na kvaliteto medosebnega procesa, ki povratno vpliva na klientove značilnosti (tudi implicitne odnosne sheme). Klient in terapevt soustvarjata medosebni proces pod vplivom odnosnih izkušenj v preteklosti in sedanjosti, s tem da terapevt v usposabljanju, osebni terapevtski izkušnji, superviziji razvija sposobnost za samorefleksijo osebnega in medosebnega procesa. S samorefleksijo manjša prostor osebne občutljivosti, kar mu omogoča večjo prožnost v medosebnem procesu oz. v odgovarjanju na različne izzive klientov.

Spreminjanje temeljnih epistemoloških predpostavk v psihoterapiji - od nevtralnosti k soudeležnosti

Kibernetika drugega reda in nato konstruktivizem sta kot temeljni postulat izpostavila, da je del vsakega opazovanja opazovalec sam. Torej psihoterapevt ni več tisti, ki ve, in se trudi ohraniti svojo nevtralnost (kot je to razumela klasična psihoanaliza pa tudi začetne šole sistemske družinske terapije), temveč sta s klientom soudeležena v nenehnem procesu pogajanja.

Psihoterapevt udejanja konstruktivistično epistemologijo opazovanja in ravnanja takrat, kadar pojmuje in obravnava vse udeležene akterje kot opazujoče, vzajemno povezane in delujoče interprete, sebe pa razume kot neizogibno vključenega v sistem svojega opazovanja (Šugman Bohinc, 2000). V konstruktivistični epistemologiji, ki je podlaga teoriji intersubjektivnosti in sistemski terapiji, je patologija vedno del intersubjektivnega konteksta in stvar strinjanja, dogovora med udeleženi. Terapevt se ne ukvarja s klientovo boleznijo, ampak s klientovim in svojim razumevanjem bolezni (Rus Makovec, 2000: 225). Razlikovanje med resničnim, zdravim in motenim je zamenjal koncept različnih perspektiv (Keeney, 1983; Fonagy, 2001). Konstruktivistična epistemologija zahteva od terapevta, ki je soudeležen v interpretiranju intersubjektivnega konteksta, da prepozna svoje predpostavke, na osnovi katerih sklepa, torej zahteva terapevtovo samorefleksivnost. To na eni strani pomeni terapevtovo slovo od fantazij o obvladovanju, na drugi strani pa večjo skromnost in relativnost lastne pozicije avtoritete in upoštevanje relativnosti lastnih konstrukcij resničnosti. Terapevt je zavezan refleksiji refleksije, to pomeni pripravljenosti, da razmišlja o svojem mišljenju, opazuje svoje opazovanje, raziskuje svoje raziskovanje. S tem pristaja, da je resničnost stalno porajajoča, nikoli dokončno določena in vselej izraz dogovora vsaj dveh opazovalcev o nečem kot o resničnem (Strith, 1992; Možina in Kordeš, 1998; Šugman Bohinc, 2000). Objektivno resničnost je nadomestila odgovornost

za odločanje o lastni perspektivi. Poudarek je prešel od intrapsihičnega k intersubjektivnemu, od interpretacije vsebine k opazovanju procesa, od delovanja v skladu z velikimi teorijami k postavljanju začasnih hipotez, ki so vedno relativne in odnosne (Fonagy, 2001). Poleg vsebin spoznavanja je postal pomemben sam proces spoznavanja (spoznavanje spoznavanja), ki je vedno samoreferenčen proces in hkrati proces sovplivanja različnih odnosnih sistemov.

V nadaljevanju predstavljam preglednico razvoja razumevanja terapevtskega odnosa znotraj psihoanalitično orientiranih terapij, ki ga v zadnji fazi (tretjem stolpcu) vidim usklajenega z razvojem sodobne sistemske terapije. Usmerila sem se na analitično orientirane psihoterapije in na sistemsko terapijo, ker sta to dva stebra, ki ju v psihoterapiji najbolj poznam in se nanju pri svojem delu opiram.

Tabela 1: Razvoj razumevanja psihoterapevtskega odnosa.

EPISTEMOLOGIJA IN PRIPADAJOČE SMERI			
	objektivistična, deterministična, biologistična, mehanicistična, linearna (klasična psihoanaliza)	objektivistična, relacijska, humanistična, kibernetika prvega reda (jaz psihologija, teorija objektivnih odnosov v prvi fazi razvoja)	hermenevtična, kibernetika drugega reda, konstruktivizem, kvantna fizika (sistemsko – relacijske teorije, intersubjektivna teorija, interpersonalna teorija, self psihologija)
TERAPEVTSKI ODNOS	izključenost opazovalca iz polja opazovanja; poudarek na vsebini terapevt je objektivni opazovalec klientovega psihičnega dogajanja, na katerega ne sme vplivati njegova subjektivnost (pravilo o abstinenci) terapevt je tisti, ki analizira in ve objektivno resnico; transfer je prenos preteklih potlačenih vsebin v nove odnose; kontratransfer je terapevtov odziv na klientove otroške vsebine, je moteč dejavnik, ki ga mora terapevt nadzorovati; cilj raziskovanja je klientov izolirani psihični aparat	opazovanje z udeležbo; poudarek na vsebini terapevt poskuša ustvariti pogoje, da bi klient dobil izkušnjo »dovolj dobre« mame; pomemben postane odnos tu in zdaj; oblikovanje delovne zveze klient je otrok in terapevt je »dovolj dober starš«; terapevt je še vedno tisti, ki ve transfer je udejanjanje objektivnih odnosov v odnosu s terapevtom; kontratransfer je neizogiben spremljevalec terapevtskega procesa in terapevt ga lahko uporabi v terapevtske namene; cilj raziskovanja so stare in nove odnosne izkušnje, njihovo sovplivanje v empatičnem odnosu z optimalnimi frustracijami	soudeležnost, sooblikovanje procesa; poudarek na procesu terapevtova samorefleksivnost – terapevt spremlja osebne vplive, vplive tehnik in teoretičnih predpostavk na klientovo doživljanje in terapevtski proces - relativizem klientova subjektivnost je enakovredna terapevtovi subjektivnosti transfer in kontratransfer se sodoločata v tukaj in zdaj interakcijah; možni so samo različni poudarki, različne perspektive in odpor je možno razumeti v kontekstu medsebojnega vplivanja cilj raziskovanja je širši sistem, ki nastaja v vzajemni interakciji med subjektivnima svetovoma klienta in terapevta

Spodaj sem s pari, ki ponazarjajo kibernetško komplementarnost (Keeney, 1983: 92), opisala temeljna razlikovanja na področju razumevanja terapevtskega odnosa. Razlikovanja na levi strani so značilna za objektivistično epistemologijo in predpostavljajo neudeležnost in nepristranskost zunanjega opazovalca (terapevta). Razlikovanja na desni strani (predstavljajo novo rekurzivno raven, ki zaobjema razlikovanja na levi in z njimi ustvarja kibernetško komplementarnost) so značilna za konstruktivistično epistemologijo in predpostavljajo subjektivno udeležnost opazovalca (terapevta) in ekološko perspektivo.

resnično / fantazijsko	/	dogovarjanje o (ne)strinjanju, poudarjanju (resničnost kot rezultat dogovarjanja)
nadzor / spontanost	/	avtonomija
opazovano / opazovalec	/	sooblikovanje, soustvarjanje
zavestno / nezavedno	/	samoorganizirajoči se terapevtski proces
moč / nemoč	/	radovedno iskanje
zdravo / bolno, patološko	/	viabilnost (sposobnost preživetja avtonomnega sistema v okolju)
preteklost / sedanjost	/	samorefleksivna povratna zveza med preteklostjo, sedanjostjo, prihodnostjo
vklučenost, vpletenost / abstinenca	/	soudeležnost v razvijanju odnosa

Kibernetška (konstruktivistična) epistemologija predlaga, da zaobjamemo obe strani razlikovanj, ki jih zariše opazovalec. Tak okvir presega dualistična razlikovanja, ki jih ljudje običajno uporabljamo, npr. polarnosti, nasprotja, negacije, ali / ali (A / ne A; pravilno / narobe; uporabno / neuporabno; dobro / slabo), ki ostajajo na isti rekurzivni ravni. V kibernetški komplementarnosti so pari med seboj povezani in hkrati ostajajo različni:

»ono« / »proces, ki vodi v ono«

Na levo stran / postavimo katerokoli situacijo, področje, pojem, na / desno stran pa postavimo odgovarjajoče procese, dinamiko. Odnos med obema stranema razlikovanj opišemo kot samoreferenčnost, ko se v procesu rekurzivnosti ena stran poraja iz druge.

Premik v razvoju koncepta psihoterapevtskega odnosa je šel od razlikovanj na levi k razlikovanjem na desni strani. Koncepti na desni strani vključujejo koncepte na levi in omogočajo, da jih razumemo na nov način, iz nove perspektive, iz višje rekurzivne ravni. Medtem ko je bilo iz vidika objektivistične epistemologije zelo pomembno vprašanje, kaj je v terapevtskem odnosu resnično in kaj je fantazijsko, je iz vidika konstruktivistične epistemologije pomembnejše dogovarjanje o (ne)strinjanju ali raziskovanje različnih perspektiv klienta in terapevta, vključno s tem, kaj je za koga resnično in kaj fantazijsko in po kakšnih kriterijih.

Resnično in fantazijsko postaneta le dva možna načina poudarjanja, s katerima terapevt in klient drugega bolj ali manj prepričata. Terapevt, ki v objektivistični epistemologiji ve in nadzoruje, v konstruktivistični epistemologiji upošteva svojo in klientovo avtonomijo ter avtonomijo sistema terapevt – klient, ki je več kot le seštevek podsistemov »terapevt« in »klient«. Terapevt, ki nepristransko razlaga terapevtski proces, postane v okviru nove epistemologije le sooblikovalec, soustvarjalec procesa in vsebin. Bolj kot opisovanje in raziskovanje zavestnih in nezavednih vsebin pri klientu in terapevtu postane pomembno raziskovanje samoorganizirajočega se terapevtskega procesa. Namesto moči stopi v ospredje radovedno iskanje. Terapevt in klient se vedno znova soočata, s tem da sta sopotnika na skrivnostnem popotovanju. Razlikovanje med zdravim in bolnim nadomesti vprašanje viabilnosti sistema z bolnimi in zdravimi deli v okolju. Potrebo po definiranju, kaj je točna preteklost in sedanost v terapevtskem odnosu, je preseгла samorefleksivna povratna zveza preteklosti, sedanosti in prihodnosti. To pomeni, da se v vsakem trenutku sedanosti kaže preteklost in tudi povratno delovanje prihodnosti. Nihanje med abstinenco in vpletenostjo je danes nadomestila soudeležnost v razvijanju odnosa med terapevtom in klientom. Iz te nove perspektive je terapevtova »abstinenca« tudi eden od načinov soudeležnosti v razvijanju odnosa.

Terapevtski kontekst

Premiki v razumevanju pomena terapevtskega odnosa v sodobni psihoterapiji lahko vključujejo intenzivnejši čustveni odnos med terapevtom in klientom, ki je bolj v središču dolgotrajnih psihoanalitično orientiranih psihoterapij kot je terapevtski odnos v kratkotrajnih individualnih terapijah in tudi v terapijah parov in družin. Ne glede na terapevtski pristop so možni premiki v smeri večje občutljivosti za pogajanje o nalogah in ciljnih psihoterapije tukaj in zdaj ter k zavedanju soudeležnosti oz. tega, da enostavno ne moremo, da ne bi bili soudeleženi.

Vsekakor je v razpravi o pomenu terapevtskega odnosa pomembno upoštevati razlike med dolgotrajnimi in kratkotrajnimi pristopi, individualnimi in partnerskimi ali družinskimi terapijami, ker se vez med terapevtom in klientskim sistemom vzpostavlja na specifični način. Če je v individualni psihoanalitični obravnavi odnos med terapevtom in klientom v centru pozornosti, je v kratkotrajnih pristopih sistemske terapije parov in družin pomembno, da se terapevt pridruži že obstoječi naravni skupini ljudi, med katerimi tečejo intenzivne čustvene izmenjave in omogoči pogajanje o ciljnih, rešitvah in nalogah terapije tudi na osebni način. V individualni terapiji terapevt in klient vzpostavljata nov odnosni prostor in gradita nov odnos, v terapiji parov in družin pa terapevt deluje kot katalizator, pridružen član, ki poskuša in preizkuša s člani družine različne perspektive, ki bi lahko sprožile spremembe v sistemu. Na nek način je osebno manj vpleten, ker so odnosi med družinskimi člani vedno močnejši, in ker se mora biti sposoben v različnih trenutkih pridruževati različnim članom glede na smer iskanja rešitve in hkrati paziti, da ne razvija rigidnih koalicij, ki bi ogrozile občutek varnosti pri ostalih članih. To seveda ne pomeni, da je terapevt neudeležen, ali da se med njim in člani ne vzpostavljajo specifični in raznoliki odnosi, le da je ta odnos drugačen kot v individualni terapiji in katalizira drugačne procese reševanja problemov, s katerimi naj bi prišlo do sprememb v rigidnem vzorcu sistema.

Tako so se tudi v sistemske terapiji, ki je kljub njeni usmerjenosti na medosebni vidik pustila ob strani temo terapevtskega odnosa, začeli dogajati premiki v smeri bolj jasnega opredeljevanja odnosa terapevt – klientski sistem. Batesonovo predpostavko o soudeležnosti opazovalca v polju opazovanja je v psihoterapijo vnesel milanski model, ki je v zadnji fazi integriral tudi koncept

delovne zveze in pomen soodvisnosti med intrapsihičnimi in medosebnimi vidiki terapevtskega procesa. Koncepti kot so etika udeležnosti (Hoffman, 1993), reflektirajoči tim (Anderson, 1993) kažejo bolj eksplicitno udejanjanje konstruktivistične epistemologije v sistemski terapiji, ko je klient dobil tudi svoje mesto eksperta za svoje življenje in ko se terapevt ne predstavlja več samo kot ekspert temveč tudi kot človek s svojimi zgodbami, dvomi, hipotezami. Postali so pomembni viri, moči, pogajanja in dogovarjanja. Na tej točki razvoja ostaja temeljno vodilo delovanja vprašanje etičnosti in prevzemanje odgovornosti za izbire, odločitve, katerih pravilnost / napačnost vedno znova določa specifični intersubjektivni kontekst.

Ne moremo, da ne bi porajali določene vrste odnosa, če se interakcije med udeleženi ponavljajo, in ne moremo biti ne- soudeleženi v odnosu. Tudi če vzamemo klasično psihoanalizo, v kateri je Freud želel čim bolj zmanjšati vpliv analitike osebnosti na objekt opazovanja, se je psihoanaliza na nek način že od samega začetka ukvarjala s človekovo odnosnostjo, z odnosom med klientom in nevsiljivim terapevtom, ki ga je Mitchell (2000) poimenoval »tiha odnosnost«.

Zavedanje soudeležnosti pa je še posebej neizogibno in nujno takrat, ko se v terapevtskem odnosu, delovni zvezi pojavijo motnje, ki lahko ogrozijo projekt pomoči. Na tej točki terapevta etika dela zavezuje k večji refleksivnosti lastnih predpostavk, ranljivosti, lastnega doprinosa k porajajočim interakcijam v terapevtskem odnosu. Hkrati terapevt tudi nudi vzgled za refleksijo motnje tukaj in zdaj v odnosu in pomaga soustvariti tak kontekst, v katerem so motnje dovoljene in dovoljena ter zaželena je njihova refleksija.

Tudi razvoj psihoterapevta začetnika se giblje v smeri večjega zavedanja soudeležnosti, kjer se postopoma povežejo tehnike, veščine, izkušnje, teoretični okvirji, osebne kvalitete v prepoznavni osebni slog. V knjigi, ki sicer govori o temeljnih veščinah družinske terapije (Patterson, Williams in sod., 1998), so razdelili razvoj začetnika psihoterapevta na tri faze:

- 1) uporaba terapevtskih tehnik in zanašanje na sposobnost empatije;
- 2) konceptualizacija razlik s pomočjo prevzetega teoretičnega modela;
- 3) »uporaba« samega sebe - zavedanje lastne soudeležnosti.

Najprej začetnik terapevt v terapevtskih srečanjih uporablja različne veščine, tehnike, ki jih je osvojil, in pogosto se zanese tudi na intuitivni občutek, empatijo, ki jo doživlja v odnosu z drugim.

V nadaljevanju postane vedno bolj pomembno vprašanje, kako hipoteze, ki jih razvija, udejanji, se o njih pogaja s klientskim sistemom in kako naj terapevtski proces opiše, konceptualizira. Konceptualizacija zahteva teorijo, ni pa vseeno, kakšno teorijo terapevti prevzamemo. Teorija je orodje, ki ga ne uporabljamo samo mi, ampak teorija uporablja tudi nas. Ko nas teorija »udomači«, nismo več mi tisti, ki mislimo teorijo, temveč začne teorija »misliti nas«, oz. se udejanja v naši zaznavi, v razlikovanjih, ki jih vnašamo v zemljevid terapevtskega konteksta in v naših dejanjih. To je etično vprašanje – vprašanje izbire in odgovornosti za izbiro, ki vpliva na to, kako terapevt misli terapevtski proces, klienta, sebe, terapevtski odnos, proces in spremembo. Gre za razvijanje osebne drže, terapevtskega sloga, identitete, ki je tesno povezana z osebnimi dejavniki. Npr. kaj oz. katera kombinacija naštetih elementov mi bolj ustreza – imeti stvari pod nadzorom ali se prepuščati, razvijati bližino ali vzdrževati distanco.

In nazadnje, če ne že prej, pa se v zadnji fazi terapevt zave, da ne more, da ne bi v odnos vstopal celostno, da se tudi njegovo stanje, osebne kvalitete in ranljivosti, trenutna doživljanja

zrcalijo v terapevtskem procesu in postane pomembno vprašanje, kako, na kakšen način uporabljati sebe v terapiji, da bo to za klienta koristno. Pojavi se novo vprašanje, kdaj se razkrivam, kdaj se vzdrižim, reflektiram osebni in medosebni proces, kako prevzemam nase lastni delež, prepoznavam ujemanja s klienti, ki niso plodna, in ujemanja, ki mi kot osebi ležijo in vodijo v učinkovito pomoč klientu.

Raziskave dojenčkov – kaj nas učijo o terapevtski spremembi?

Mnoga sodobna spoznanja razvojne psihologije, nevropsihologije in nevrobiologije so bistveno spremenila pogled na razvoj dojenčka in vplivala na razvoj sodobnih relacijskih teorij v psihoterapiji, ki so poudarile pomen odnosnih mikroprocesov tukaj in zdaj za doseganje terapevtske spremembe. Danes vemo, da so zadovoljene potrebe po odnosnosti (Safran in Muran, 2002), navezanosti (Bowlby, 1998) in intersubjektivnosti (Stern, 2004) ključne za razvoj tega, čemur pravimo »človečnost« posameznika – razumevanje sebe in drugih kot intencionalnih bitij (Fonagy, 2001). Po Sternu (1985) se od rojstva dalje (pa že pred rojstvom) razvijata občutek sebe in odnosnosti v nenehni krožni povezanosti. V primarni diadi se začne dojenček učiti samouravnavanja v odnosu s sebe-uravnavajočim drugim, prepoznavanja sebe kot subjektivnega bitja v odnosu s primarnim skrbnikom, ki se zmore uglaševati na njegov subjektivni svet in ga prepoznavati kot intencionalno bitje. Ravno tu se porajajo zametki intersubjektivnosti, kar subjektivno pomeni: »Čutim, da ti čutiš, da jaz čutim; ali vem, da ti veš, da jaz vem.« ali še bolj kompleksno: »Čutim, da ti čutiš, da jaz čutim, da ti čutiš; ali vem, da ti veš, da jaz vem, da ti veš«. Tudi simboli, poimenovanja in kasneje zgodbe se soustvarjajo v odnosu s skrbnikom – javne zgodbe, osebne zgodbe, prepovedane zgodbe.

Stern (1985, 1995) je z združitvijo empirične metode raziskovanja in opazovanja ter hevristične metode razlaganja subjektivnega sveta dojenčka tudi pokazal, da se v ponavljajočih interakcijah med primarnim skrbnikom in otrokom, še posebej v trenutkih intenzivnega čustvenega uravnavanja, oblikujejo implicitne odnosne sheme oz. sheme sobivanja (Stern, 1995). Implicitne odnosne sheme kasneje delujejo kot predreflektivni organizirajoči principi subjektivnega doživljanja, zaznavanja in delovanja v odnosu do drugih in do sebe. Če na tem mestu parafraziram evolucijska biologa Maturano in Varelo (1998), potem tistega, kar označimo kot vedenje, interakcijo nekega organizma v danem trenutku, ne moremo razločiti od zgodovine razvoja tega organizma, ki je bil mogoč le v strukturnem spoju z okoljem, drugimi organizmi in se je njegova enkratnost, avtonomnost izoblikovala natančno tako, da je organizem preživel. Hkrati je opaženo vedenje organizma vedno interpretacija opazovalca, ki določeno vedenje opiše kot »vedenje«, ga poimenuje v skladu s svojimi izkušnjami, nezavednimi in zavestnimi osebnimi in kulturnimi predpostavkami, dogovori. Opazovalec (terapevt) ne more da ne bi bil soudeležen v procesu konstruiranja in rekonstruiranja, interpretiranja in dogovarjanja pomenov v zavestnih in nezavednih procesih, ki se porajajo vmes med terapevtom in klientom.

Za psihoterapijo je to pomenilo, da so mnogi avtorji začeli razumeti psihoterapevtski kontekst kot polje intersubjektivnosti, v katerem terapevt in klient v procesu zavestne in nezavedne komunikacije nenehoma sodoločata terapevtske cilje, namene, dogovore, pomene, odzive, razlage drug drugega. Kaj je torej tisto, kar omogoča terapevtsko spremembo v polju intersubjektivnosti?

Delovanje implicitnih odnosnih shem je le delno dostopno jeziku, ker so nezavedne, predreflektivne in povezane z delovanjem implicitnega spomina. Npr. če slabo vidimo in si

nadenemo leče, se spremeni naš vid (bolje vidimo), a ne vidimo več leč. Kako se lahko torej implicitne odnosne sheme spreminjajo, če niso pod neposrednim vplivom zavesti in jezika? Kakšen terapevtski kontekst omogoča »celostno komunikacijo«, ki lahko vpliva na spreminjanje implicitnih odnosnih shem?

Implicitne odnosne sheme, ki določajo podobo o sebi in socialnem življenju, še vedno nosijo podobnosti in povezave s preteklostjo, vendar ne ostajajo nespremenjene ali v mentalni izolaciji, kot naj bi to veljalo za regresijo ali fiksacijo (Hazan in Shaver, 1987).

Safran, Muran in Samstag (1994), ki raziskujejo motnje delovne zveze, so predpostavili, da lahko njihova razrešitev klientu omogoči korektivno čustveno izkušnjo, če psihoterapevt odgovori nekomplementarno in s tem ne potrdi stare odnosne sheme oz. nezavednega pričakovanja o odnosu drugih. Safran je navedel primer klientke, ki je doživela terapevtovo interpretacijo kot preveč popustljivo. Posledica tega je bila motnja v delovni zvezi. Klientka se je umaknila od terapevta, namesto da bi izrazila jezo. Z raziskovanjem svojega doživljanja je odkrila, da je tudi sama popustljiva in da doživlja strah pred izražanjem jeze, ker se jih zdi nevarno. V nadaljnji eksploraciji je razkrila, da je to njen vsakdanji vzorec. Klientka je z eksploracijo, ob terapevtovem empatičnem odzivu, ki je lahko toleriral njene zamere, nezadovoljstva, doživela novo, konstruktivno medosebno izkušnjo. Poudarek na pomembnosti razreševanja motenj v delovni zvezi je v skladu z Winnicottovo in Kohutovo idejo o pomenu predelave napak v empatičnih odzivih kot pomembnemu viru spremembe. Safran je predpostavil, da lahko terapevt in klient z refleksijo motenj v delovni zvezi spremenita klientovo odnosno shemo. Vendar se odnosne sheme lahko spremenijo šele takrat, ko klient doživi številne terapevtove pristne odzive, ki ne potrjujejo starih odnosnih shem.

Stern, Sander, Nahum in Tronick (1998) razvijajo nova spoznanja o terapevtski spremembi. Ugotavljali so, da so bile za kliente po zaključeni obravnavi pomembni dve stvari: prvič, ključne interpretacije, ki so spremenile njihovo razumevanje notranjih »pokrajin«, drugič, posebni trenutki pristne povezanosti s terapevtom, ki so spremenili odnos z drugim in hkrati tudi klientov občutek samega sebe.

Terapevtska sprememba je torej povezana z dvema področjema:

- deklarativnim, zavestnim, verbalnim področjem;
- implicitnim, procesnim, odnosnim področjem.

V ozadju te delitve je razlikovanje med eksplicitnim in implicitnim spominom. Deklarativno znanje je simbolično, v obliki predstav ali jezika. Procesno znanje o odnosih pa je implicitno in nesimbolično (implicitno znanje izhaja iz reprezentacij medosebnih doživetij, ki izhajajo iz predverbalnega obdobja). Integriira čustvene, kognitivne in vedenjsko – interaktivne dimenzije in lahko ostaja nezavedno. Hkrati lahko tvori temelje, na katere se kasneje navežejo simbolične reprezentacije.

Omenjeni avtorji navajajo, da se implicitno, odnosno znanje lahko spremeni v “trenutkih srečanja” (angl. *moments of meeting*) med terapevtom in klientom. Ko pride do spremembe na intersubjektivnem področju, se porodi nov kontekst, ki omogoči nove mentalne akcije in reorganizacijo preteklih dogodkov. Implicitno se spremeni odnos, ki je omogočil spremembe v kognitivno-čustveno-vedenjski shemi. Pomemben kriterij »trenutkov srečanja« je, da jih posameznik doživlja kot nenadno kvalitativno spremembo. Ti trenutki so posledica dolgotrajnega

procesa sledenja, gibanja s klientom v smeri terapevtske spremembe (angl. *moving along*), ki ga lahko primerjamo s procesom sledenja v diadi starš - otrok. Sledenje se dogaja na dveh ravneh: z razjasnjevanjem, interpretacijo, razumevanjem na simbolični ravni in z vzajemnim definiranjem in razumevanjem intersubjektivnega okolja. Le-to vključuje implicitno znanje o odnosih in določa "vzajemni implicitni odnos". Proces sledenja usmerjajo mnogi majhni, lokalni cilji, tako da akterja vedno znova preverjata, po potrebi redefinirata, potrjujeta smer interakcijskega toka.

Erskine (1998) je še eden od avtorjev, ki izsledke raziskav zgodnjega otroškega razvoja prenaša v psihoterapijo. Zanj je eden osrednjih pojmov »uglaševanje« (attunement). »Uglaševanje« vključuje terapevtovo sposobnost, da zaznava klienta na kinestetični in čustveni ravni in mu recipročno ali resonančno odgovarja. Med njima se tako ustvarja neprekinjeni občutek povezanosti, kar klientu omogoča doživljanje varnosti in stabilnosti. Komunikacija z »uglaševanjem« naj bi omogočila naknadni razvoj zgodnjih odnosnih izkušenj.

Spreminjanje implicitnih odnosnih shem od psihoterapevta zahteva, da se tudi sam znajde na »čistini«, da odgovori »avtentično« in s tem lahko omogoči »trenutek srečanja«, kar pa ni toliko odvisno od terapevtove tehnične opremljenosti kot od odprtosti, se pravi načina zavedanja in terapevtove pripravljenosti, da se sreča s svojo ranljivostjo (Thomson, 1997). Kvalitativne raziskave o učinkovitosti psihoterapij kažejo, da ima ključno vlogo pri klientovi rasti in spreminjanju terapevtova sposobnost, da se pristno vplete v terapevtski odnos in da prevzema odgovornost za odnosno dinamiko v terapevtskem procesu (Greenberg, 1994).

Sklepne misli

Empirično podprta psihoterapija je izostrila pomen metod in tehnik v psihoterapiji, medtem ko je teorija skupnih dejavnikov izostrila pomen osebnih, medosebnih in tudi slučajnih dejavnikov, ki presegajo okvire posamezne metode in psihoterapevtskega pristopa. Terapevtske tehnike in metode nudijo ti. znanje za ravnanje, brez katerega bi lahko terapijo enačili z vsakodnevnim prijateljskim pogovorom, v katerem predvsem uporabimo sposobnost empatije, sledimo intuiciji in »zdravemu razumu«. Psihoterapevtske teorije in prakse, kjer je prišlo do epistemološkega premika, ki sem ga opisala zgoraj, pa hkrati opozarjajo, da so tehnike vedno umeščene v terapevtski odnos in jih lahko razumemo kot odnosna dejanja, ki pomagajo ustvariti kontekst, v katerem pride do terapevtskih sprememb. Terapevtske spremembe so tesno povezane z ujemanji, ki se zgodijo med samoorganizirajočimi procesi klienta in terapevta v dovolj stabilnem, varnem okolju, ki ga omogoča dobra delovna zveza: čustvena vez in pogajanje o terapevtskih ciljnih teralogah.

Literatura

Andersen, T. (1993). See and Hear, and Be Seen and Heard. V Friedman, S. (ur.), *The New Language of Change*. The Guilford Press: New York, London.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine books.

Beebe, B., Lachmann, F. M. (1998). Co-Constructing Inner and Relational Processes. Self- and Mutual Regulation in Infant Research and Adult Treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 517-535.

Berman, E. (1997). Relational Psychoanalysis: A historical Background. *American Journal of Psychotherapy*, 5, 2, 185-203.

- Bibring-Lehner, G. (1990). A Contribution to the Subject of Transference-Resistance. V Esman, A. H. (ur.), *Essential Papers on Transference*. New York, London: New
- Bowlby, J. (1998). Separation, anger and anxiety. *Attachment and Loss: Volume 2*. London: Pimlico.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. V A. O. Horvath, L. S. Greenberg: *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Buber, M. (1999). *Dialoški princip*. Ljubljana: Društvo dvatisoč.
- Cantwell, P., Stagol, B. (1996). *The therapeutic moment: a double-sided drama*.
- Colin, V. L. (1996). Human Attachment. Philadelphia: Temple University Press. on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Erskine, R.G. (1998). Psychotherapy in the USA: a manual of standardized techniques or a therapeutic relationship? *International Journal of Psychotherapy*, 3, 3, 231-34.
- Erskine, R.G. (1998). Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 3, 235-44.
- Esman, A. H. (1990). *Essential Papers on Transference*. New York, London: New York University Press.
- Flaskas, C., Perlesz, A. (1996) (ur.) *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. Karnac Books: London.
- Fonagy, P. (1999). Pathological Attachments and Therapeutic Action. Paper to the Developmental and Psychoanalytic Discussion Group, American Psychoanalytic Association Meeting, Washington DC 13 May 1999, [wysiwyg: //8/http://psychematters.com](http://psychematters.com).
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1988). The Future Prospects of Psychoanalytic Therapy. V Wolstein, B., *Essential Papers on Countertransference*. New York, London: New York, University Press.
- Gill, M. M. (1988). The Interpersonal Paradigm and the Degree of the Therapist's Involvement. V Wolstein, B., *Essential Papers on Countertransference*. New York, London: New York University Press.
- Greenberg J. R. & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press.
- Hoffman, L. (1993). *Exchanging Voices: A Collaborative Approach to Family Therapy*. London: Karnac.
- Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 2, 139-149.
- Horvath, A. O., Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 4, 561-573.
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., Bedi, R. P. (2002). The Alliance. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Jones, E. (1996). Changing systemic constructions of therapeutic relationship. V Flaskas, C., Perlesz, A. (ur.), *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. Karnac Books: London.
- Keeney, B. F. (1983). *Aesthetics of Change*. New York: The Guilford Press.
- Kobal, L. (2004). *Ugotavljanje dejavnikov psihoterapevtskega odnosa: vpliv klientovih in psihoterapevtovih implicitnih odnosnih shem*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work*

- *Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliance as Predictors of Psychotherapy Outcome: Factors Explaining the Predictive Success. V A. O. Horvath, L. S. Greenberg: *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.: 1994.
- Maturana, H. R., Varela, F. J. (1998). *Drevo spoznanja*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Hillsdale, London: The Analytic Press.
- Možina, M., Kordeš, U. (1998). Obiranje sadov iz drevesa spoznanja – spremna beseda. V H. R. Maturana & F. J. Varela: *Drevo spoznanja*, Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Orange, D. M. (1994). Countertransference, Empathy, and The Hermeneutical Circle. V R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (ur.), *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: A Jason Aronson Inc..
- Orlinsky, D. E., Howard, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 1, 6-27.
- Paterson, T. (1996). Leaving well alone: a systemic perspective on the therapeutic relationship. V Flaskas, C., Perlesz, A. (ur.), *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. Karnac Books: London.
- Paterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C., Chamow, L. (1998). *Essential Skills in Family Therapy*. Guilford Press: New York, London.
- Roth, A., Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: The Guilford Press.
- Rus Makovec, M. (2000). Kontratransfer v družinski terapiji. V P. Praper (ur.): Moč – transfer in kontratransfer v psihoterapiji, *Zbornik prispevkov 6. Bregantovi dnevi*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Rus Makovec, M. (2002). Konstrukt upanja. V: Praper P. (ur): Upanje, *Zbornik 7. Bregantov dnevi*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. (1994). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: A Task Analytic Investigation. V A. O. Horvath, L. S. Greenberg (ur.), *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.: 1994.
- Safran, J. D., Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Psychotherapy in Practice*, 56, 2, 233-243.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Smail, D. (1999). The Impossibility of Specifying “Good” Psychotherapy. [Http://www.oikos.org/smailther.htm](http://www.oikos.org/smailther.htm).
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Tronick, E.Z., in sod. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The ‘Something more’ than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. W.W. Norton & Company: New York, London.
- Stolorow, R. D. (1994). The Intersubjective Context of Intrapsychic Experience. V R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (ur.), *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: Jason Aronson Inc..

Stolorow, R. D., Atwood, G. E. (1994). Towards a Science of Human Experience. V R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (ur.), *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: A Jason Aronson Inc..

Stolorow, R. D. (1994). Subjectivity and Self Psychology. V R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (ur.), *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: A Jason Aronson Inc..

Stritih, B., Možina, M. (1992). Avtopoeza: procesi samoorganiziranja in samopomoči. *Socialno delo*, 31, 1-2.

Sucharov, M. S. (1994). Psychoanalysis, Self Psychology, and Intersubjectivity. V R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (ur.), *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: A Jason Aronson Inc..

Šugman Bohinc, L. (2000). *Kibernetika konverzacije – o spreminjanju razumevanja sebe in drugega skozi razgovor*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta. *uspešnosti*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Thompson, C. (1988). The Role of the Analyst's Personality in Therapy. V Wolstein, B. (ur.), *Essential Papers on Countertransference*. New York, London: New York University Press.

Thompson, P. G. (1994). Countertransference. V R. D. Stolorow, G. E. Atwood, B. Brandchaft (ur.), *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: Jason Aronson Inc..

Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy. An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. New York: Harper Collins Publishers.
