

Malka Čeh<sup>1</sup>

## Izkušnje slovenskih klientov s psihoterapijo in dejavniki psihoterapevtskega izida<sup>2</sup>

*Slovenian clients' experiences in psychotherapy and psychotherapy outcome factors*

### Povzetek

V psihoterapiji se že desetletja sprašujemo, kaj je tisto, kar deluje. Medicinski model predpostavlja, da izidi psihoterapije temeljijo na specifičnih metodah, kontekstualni model pa, da so za psihoterapevtsko spremembo ključnega pomena splošni dejavniki. Za razumevanje psihoterapevtskega procesa in izida je ključnega pomena upoštevanje klientovega vidika ter raziskovanje klientske izkušnje. Prikazani so rezultati raziskave, v kateri sem empirično oblikovano strukturo klientske izkušnje primerjala z modeli dejavnikov psihoterapevtskega izida. Raziskava temelji na vsebinski analizi anonimnih forumskih prispevkov slovenskih klientov s pomočjo kodiranja in kategoriziranja prostih nestrukturiranih opisov njihovih izkušenj s psihoterapijo. Rezultati analize kažejo, da klienti kot najpomembnejše sestavine psihoterapevtskega procesa opisujejo terapevta in značilnosti psihoterapevtske obravnave, v okviru teh dveh pa terapevtovo vedenje, njegovo kakovost in izobrazbo, priporočila ter psihoterapevtski izid.

Ključne besede: kontekstualni model, medicinski model, skupni dejavniki, specifični dejavniki, klientska izkušnja, psihoterapevtski proces in izid, povratno informirana obravnava

### Abstract

For decades, we have been wondering what it is in psychotherapy that works. Medical model assumes that psychotherapy outcomes are based on specific methods, while contextual model assumes that psychotherapeutic change is conditioned by common factors. In this article, in developing an

<sup>1</sup> Malka Čeh, magistrica psihoterapevtske znanosti, psihoanalitična psihoterapevtka, malka.ceph@gmail.com

<sup>2</sup> Članek je nastal na podlagi magistrskega dela Čeh, M. (2020). *Izkušnje slovenskih klientov s psihoterapijo*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. Mentorica je bila prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek in somentor mag. Miran Možina.

understanding of the psychotherapeutic process and outcome, the importance of observing the client's perspective and exploring the client's experience is emphasized. The purpose of the article is to compare the empirically formed structure of the client experience with models of psychotherapeutic outcome factors. The research is based on content analysis of anonymous forum contributions from Slovenian clients and was carried out by coding and categorizing free unstructured descriptions of their experiences with psychotherapy. The results show that clients describe the therapist and the characteristics of psychotherapeutic treatment as the most important components of the psychotherapeutic process, and within these two the therapist's behaviour, quality and education, recommendations and psychotherapeutic outcome.

Key words: contextual model, medical model, common factors, specific factors, client experience, psychotherapeutic process and outcome, feedback-informed treatment

## Extended abstract

### 1. Introduction

Psychotherapy works (Miller, Hubble & Chow, 2017), but the question of what actually works has persisted for decades (Rosenzweig, 1936; Weiss, 1993; Luborsky et al., 2002; Silverman, 2005; Tzur Bitan & Abayed, 2020). The traditional medical view assumes that the outcomes of psychotherapy are based on methods and techniques. The alternative assumption explains that therapeutic change is conditioned by universal factors common to all psychotherapeutic approaches (Duncan et al., 2010; Klostermann, Mignone & Mahadeo, 2019). This article presents a qualitative client experience analysis and compares the results with both rationales.

#### 1.1. Theoretical background

Psychotherapeutic process and outcome represent the two most important dimensions of the clinical encounter. The concept of the psychotherapeutic process embodies the components that make up the treatment, and the concept of psychotherapeutic outcome encompasses the consequences of it (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Although these dimensions are in a complex relationship, to some extent components of the psychotherapeutic process can be understood as psychotherapeutic outcome factors (Stiles & Shapiro, 1994;

Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Tompkins & Swift, 2014; Gelo, Pritz & Rieken, 2015; Llewelyn, Macdonald & Aafjes-van Doorn, 2016). An important question is which of these components are most crucial for the outcome (Wampold & Imel, 2015), and responses are placed between two poles; between medical models at one end and common factor models at the other.

The basic assumption of medical models is that the key factors of psychotherapeutic outcome are specific therapeutic methods and techniques. This view promotes development of a multitude of different approaches, ranging from psychoanalytic through behavioural and cognitive, to humanistic and existential, or integrative and eclectic. Along with the traditional ones, new ones are constantly being evolved, often more and more technically and theoretically specialized (Pachankis & Goldfried, 2007; McAleavey & Castonguay, 2015; Someah, Edwards & Beutler, 2017). In this framework, psychotherapeutic technique is conceptualized as an active ingredient and equivalent to a medical procedure used to treat a specific health problem (Wampold & Imel, 2015). Expansion of new techniques and methods has, however, not brought radical change at the outcome level, and the average effect size in psychotherapy outcome has remained completely unchanged for decades (Duncan & Miller, 1999; Wampold, 2000; Ahn & Wampold, 2001; Hubble, Lambert & Ogles, 2004; Duncan et al., 2010; Shedler, 2010; Laska, Gurman & Wampold, 2014; Wampold & Imel, 2015; Someah, Edwards & Beutler, 2017). From this we can conclude that specific factors may not carry much importance for the outcome (Miller, Hubble & Chow, 2017).

Common factor models introduce the premise that different approaches in psychotherapy share key common outcome factors (Wampold & Imel, 2015). Regarding the question of what these factors are, several models have been developed and many are trying to reduce the number of common factors to a manageable handful, such as:

- (1) emotionally charged and confidential therapeutic relationship, (2) explanatory scheme, (3) receiving new information through exploration and experimentation (4) enhancing client's expectation of help, (5) providing the client with new experiences, (6) promoting emotional arousal (Frank, 1971);
- (1) therapeutic relationship, (2) corrective experience and new behaviour, (3) positive expectation, (4) feedback and new understanding (5), reality testing (Goldfried & Padawer, 1982);
- (1) the client's extra-therapeutic factors, (2) placebo, hope and positive expectation, (3) therapeutic relationship, (4) technical factors (Hubble, Duncan & Miller, 1999);
- (1) client involvement, (2) emotional experience, (2) therapeutic relationship

(Tschacher, Junghan, & Pfammatter, 2014);

- (1) client and non-therapeutic factors, (2) therapeutic relationship factors; (3) hope and positive expectation; (4) therapeutic model (Laska, Gurman & Wampold, 2014);
- (1) emotionally charged and confidential relationship between the client and the therapist; (2) client's confidence in the psychotherapeutic treatment and the psychotherapist; (3) an explanatory and conceptual scheme of the client's problems; (4) performing a ritual or procedure consistent with the accepted conceptual scheme (Wampold & Imel, 2015).

In researching psychotherapeutic process and outcome and conceptualizing these theoretical models, we mostly focus on the experiences and aspects of the therapist. Although research shows that the most robust predictors of outcome are client factors, we give greater weight to the therapist's perspective and the therapist's assessment of what is important (Norcross, 2010). But research of therapist's and client's perspectives point out that the experiences and assessments of both differ significantly. The therapeutic perspective therefore is not a self-sufficient source of data for evaluating and planning practical work or conceptualizing theoretical models (Hannan et al. 2005; Schuckard, Miller & Hubble, 2017; Maeschalck, Prescott & Miller, 2019). In response to the problem of the psychotherapist's biased perception of the client's perspective and their progress, several ways of accessing the client's experience are being developed, such as feedback-informed treatment and routine outcome measurement (de Beurs et al., 2011; Maeschalck, Prescott & Miller, 2019). In addition, there is also research into the overall client experience which reveals different areas of treatment that are important and/or problematic for clients. These include, for example, the process, the therapist's functioning and their personality, the outcome of the treatment, therapeutic techniques, etc. (Elliott & James, 1989; Sherwood, 2001; Rodgers, 2003; Elliott, 2008; McElvaney & Timulak, 2013; Radcliffe, Masterson & Martin, 2018).

### 1.2. **Purpose and objectives of the research**

The purpose of the research was to extract components of the psychotherapeutic process with an analysis of clients' experiences in psychotherapy and conceptualize these components as psychotherapeutic outcome factors.

## 2. **Research methods**

The research was carried out with a qualitative analysis of anonymous forum posts by Slovenian users who describe their experiences in psychotherapy.

Data collection and preparation followed the guidelines for analyzing internet forums: (Holtz, Kronberger & Wagner, 2012): 1. selecting relevant forums, 2. selecting relevant sections and contributions, 3. transferring the material to a selected software for analysis, 4. using selected qualitative method for analysis.

The material for analysis was collected through Google. The first 50 search results which were forum posts were taken and arranged by start date. Further topics were selected until 40 pages (40,000 words) of material were reached. The text for analysis included 147 forum posts, opened between the 13th of October 2017 and 23rd of June 2020.

Data processing was based on grounded theory research strategy. MS Excel was used in the processing. The text material was inserted in the first column, and in the second column, codes were extracted from the first column (clients' experiences in psychotherapy). Further columns were used to assign multi-level categories to the extracted codes. Categories and subcategories were formed during the process of coding and categorization. Finally, codes and categories were arranged alphabetically, which allowed clearer insight into the structure of the client experience.

The structure of the client experience is broken down into several levels of categories and presented in tables and dendrograms. Data on the number of codes in individual categories and subcategories is added and from the ratios it is assumed which areas are more important for the client (those with more codes). The results of the described quantification are given with the important limitation that the number of mentions is not a reliable indicator of the importance that clients attach to individual components of the therapeutic process.

## 3. **Results**

From the categorization of clients' experiences with psychotherapy, a structure emerges that includes three supercategories: user data, treatment experiences, and treatment expectations. The formation of categories is conditioned by the content of codes, so the categories' structure reflects areas of client experience, and thus represents the central result. First order categories are extracted from the supercategory experience, namely experiences with (1) the treatment, (2) the therapist, (3) the relationship, and (4) the client themselves. User expectations are coded because both the analyzed material and previous research indicate a close connection between expectations and experiences (Frank, 1971; Laska, Gurman & Wampold, 2014; Wampold & Imel, 2015; Mulder, Murray & Rucklidge, 2017; Wampold, 2017; Cuijpers et al. 2019). Expectations are grouped

into those that also relate to (1) the treatment, (2) the therapist, (3) their relationship, and (4) the client themselves. Experiences and expectations within individual subcategories are categorized as positive, negative, and neutral.

### 3.1. **Sample description**

For outlining the sample, some demographic data, users' characteristics, their well-being, possible medication, and similar is coded in the user data category. It shows that female gender predominates (16 codes), while there are fewer male users (4 codes). For a few users, it is possible to extract the ages: one user is an adult, one is 23 and one 41 years old. Mentions of users' sexual orientation (2 codes) refer to heterosexuality. One of the users is a student and one works two shifts. One of them has a son. Some users are treated with medication or bio-resonance (5 codes).

### 3.2. **Client experience**

In the client experience category, 387 codes have been extracted. 104 of them refer to the treatment, 149 to the therapist, 34 to their relationship, and 100 to the client. First-order categories (treatment, therapist, relationship, client) are further broken down into second-order subcategories.

#### 3.2.1. **Client experience regarding treatment**

Experiences related to treatment mention characteristics of the treatment (49 codes) and treatment outcomes (55 codes). Experiences with treatment characteristics include definitions of psychotherapy (13 codes), experiences with quality of treatment (10 codes), with the value of the treatment (10 codes), the frequency of treatment (5 codes), duration of treatment (6 codes), its location and type of treatment (7 codes).

#### 3.2.2. **Client experience regarding the psychotherapist**

In relation to the therapist, clients describe therapists' behaviour (59 codes) and their characteristics (90 codes), such as their personality, the quality of their work, their education, recommendations, price and gender.

#### 3.2.3. **Client experience regarding the therapeutic relationship**

Regarding the therapeutic relationship, clients express negative (13 codes, e.g., that there was something wrong in the relationship, that the psychotherapist and the client don't connect, that the client cannot trust the therapist), positive (4 codes, e.g., that the client connects with the psychotherapist, that they have the therapist's attention) and neutral experiences (15 codes).

#### 3.2.4. **Client experience regarding themselves**

Experiences related to the client experience with themselves, include motives for entering psychotherapeutic treatment (27 codes), experiences with the client's

behaviour at different stages of the process (15 codes), with the client's well-being at different stages of the process (49 codes) and client's characteristics (9 codes).

### 3.3. **Customer expectations**

The posts also include users who do not necessarily have experiences with a treatment, but who are considering entering the process or merely sharing their views. This content consists of expectations of (potential) clients regarding psychotherapy. Expectations occur in the same first-order areas as clients' experiences in psychotherapy, namely regarding treatment (46 codes), the psychotherapist (77 codes), their relationship (13 codes), and the client themselves (23 codes).

### 3.4. **Ratios of codes in different categories**

The ratios of codes in different categories may indicate which areas of the psychotherapeutic process and outcome are to clients more important. Clients express their experiences more often than expectations, however, in both supercategories the ratios of codes are relatively similarly distributed among categories: the largest share of codes regard the therapist. In the supercategory of client experience, 149 out of 387 codes (38%) refer to the therapist, and 77 out of 159 codes (48%) to the client expectation. In terms of the number of codes in both supercategories the therapist is followed by the treatment. In experiences, the treatment is not given significantly more codes than the client themselves, whereas in expectations, the ratio of codes shows a larger deviation. The therapeutic relationship has the least codes in both supercategories.

The ratios of codes regarding the psychotherapist show that clients most often refer to the therapist's behaviour. Regarding the treatment, psychotherapeutic outcome receives the most attention, and in the majority of cases, 16 out of a total of 29 codes (55%), the outcome with regards to the client's personal relationships. Most experiences with therapeutic outcome that can be defined as positive or negative indicate positive treatment outcomes, i.e. 34 out of 53 codes (64%). Mentions of the psychotherapeutic relationship show that there are more negative experiences than positive or neutral.

### 3.5. **Client experience with specific and common factors**

Among characteristics of psychotherapy, clients provide definitions of psychotherapy and discuss various components of the therapeutic process, most of which can be defined as common factors. Among specific techniques and methods, clients only mention neutrality, abstinence, becoming aware of the unconscious, processing the past, and connecting the present with the

causes in the past. These are specific characteristics of psychoanalytically oriented approaches and one of the few specific techniques or methods mentioned. Among psychotherapist behaviour, clients do not mention specific techniques, only express different preferences regarding more or less directive and active styles. Clients are bothered if the therapist talks about themselves or other clients, if they do not greet them in public and do not share their phone number. Among the different types of psychotherapy, clients mention individual and group therapy, and the only specific approach they mention is developmental-analytical psychotherapy. Based on these results, we may probably conclude that clients do not pay special attention to specific techniques and that specific factors are not particularly important from their point of view.

#### 4. Discussion

Determining which components of the psychotherapeutic process are important factors in the psychotherapeutic outcome has a rich tradition (Duncan et al., 2010; Klostermann, Mignone & Mahadeo, 2019; Luborsky et al., 2002; Rosenzweig, 1936; Silverman, 2005; Tzur Bitan & Abayed, 2020; Weiss, 1993). The present analysis of client experience indicates a greater importance of common factors than specific ones, and a structure of client experience that is consistent with common factors models (Laska, Gurman & Wampold, 2014; Wampold, 2017; Wampold & Imel, 2015; Cuijpers et al. 2019). Clients are familiar with and recognize some specific therapeutic techniques and concepts, but much more often they describe common techniques and methods, the therapist's personality and other therapist's factors such as behaviour and characteristics, treatment outcome, client's motive etc. Although some models of common factors define specific techniques as important components of the client's positive expectations (Frank, 1971; Goldfried & Padawer, 1982; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015; Cuijpers et al. 2019), clients rarely mention them. The results may indicate that they do not consider specific procedures and psychotherapeutic rituals to be important enough to talk about them. More often they emphasize techniques such as listening, attention, giving advice, psychoeducation, guidance, and support. Compared to some specific psychotherapeutic techniques and methods, these are simple interventions that can be understood as basic interpersonal and relational skills.

The experimental interpretation of quantification is based on the assumption that the number of codes in a particular category of client experience reflects the importance of this area for clients. It introduces the therapist as the most important component of the psychotherapeutic process for the client, followed by

the treatment. A further breakdown shows that the therapist's behaviour is most important to the clients and that they have more negative than positive experiences with that component. The ratios also suggest that regarding the treatment the most important for clients is the psychotherapeutic outcome. There are more positive than negative outcomes and the most important outcomes for clients regard their relationships. The results show an interesting consistency in the relationship between experience and expectations of negative and positive outcome. The association may be random but could also confirm theoretical conceptualizations and pre-existing empirical findings that outcome expectation affects the actual psychotherapeutic outcome (Weinberger & Rasco, 2007; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015; Mulder, Murray & Rucklidge, 2017; Constantino et al. 2018; Cuijpers et al. 2019).

Although the therapeutic relationship is accepted as being one of the most important of the therapeutic factors that critically influences the outcome of treatments (Miller & Schuckard, 2013; Brown, Scholle & Azur, 2014; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015; Mulder, Murray & Rucklidge, 2017; Cuijpers et al. 2019; Larsson et al. 2019), the therapeutic relationship is rarely mentioned or mentioned of the therapeutic relationship. When it is mentioned, clients more often mention negative than positive experiences, but most of them are neutral, although we define this relationship as an emotionally charged one (Wampold & Imel, 2015). Why clients rarely explicitly talk about the therapeutic relationship may be explained by studies exploring the client's view, experience, and perception of the therapeutic relationship. They show that clients recognize and perceive the components of the relationship, but just do not link them into the concept of a therapeutic relationship. These components include, for example, the therapist's care and concern, their support, client sense of security, therapist's affection and empathy, being listened to and heard by the therapist, being understood, supported and encouraged, and some of the therapist's qualities such as kindness, warmth, diligence (Cooley & Lajoy, 1980; Thompson, 2003; Ward, Linville & Rosen, 2007; Bachelor, 2013; Olivera, et al. 2013; Ramjan & Fogarty, 2019). In the present analysis these components are categorized as therapist's behaviour or their characteristics. Clients are primarily interested in the therapist's kindness, support, listening, understanding, and at the same time consider themselves as a less important part of the relationship. They pay more attention to what the therapist does and says (Mohr & Woodhouse, 2001; Bedi, Davis & Williams, 2005; Viklund, Holmqvist & Zetterqvist Nelson, 2010).

If we consider these explanations together with the fact that psychotherapy components are overlapping phenomena whose categorization is largely

arbitrary (Brown, 2015; Fife, 2014; Lambert & Barley, 2001; Lundh, 2017), the results confirm modern guidelines that the development of psychotherapeutic skills should principally focus on the therapist's capacity to establish a proper relationship (Banerjee & Basu, 2016; Miciak et al., 2018; Steel, Macdonald & Schroder, 2018). Psychotherapy is an interpersonal process, and the therapeutic relationship is one of the key therapeutic factors, in which the fundamental corrective experience and implicit experiential learning of the client take place. The association between the therapeutic relationship and therapeutic outcome is validated by different research perspectives with relevant effect sizes (Lambert & Barley, 2001; Norcross, 2010; Heinonen et al. 2014). The therapist's personality traits and skills (Russell et al., 2020) make an important contribution to the establishment of a therapeutic relationship and, consequently, to the therapeutic outcome. These therapist factors include the therapist's connection style, their interpersonal skills, and personal characteristics such as empathy, warmth, congruence, kindness, cordiality, understanding, flexibility, honesty, respect, trust, self-confidence, interest, openness, attention, empathy, positive acceptance, sincerity etc. (Lambert & Barley, 2001; Russell et al., 2020).

## 5. **Conclusion**

The results of the client experience analysis are consistent with the common factors model, which assumes that specific psychotherapeutic methods and techniques are not a key outcome factor. Important components of the psychotherapeutic process from the client's point of view are the therapist, the treatment (and common therapeutic methods), the therapeutic relationship and the client themselves. Experimental quantification of codes indicates that the most important component of the process for the client is the therapist with their behaviour and characteristics, and that in the therapist's behaviour the client mainly notices general interpersonal actions, such as listening, giving advice, helping, offering support, being kind, being available, talking, etc. Clients rarely mention specific techniques. Although they also relatively rarely explicitly mention the therapeutic relationship, they often talk about the therapist whose actions and characteristics are fundamental components of this relationship.

In accepting these results, we must consider important limitations related to the specifics of data acquisition and analysis. The analysis was performed on only one segment, so the results do not necessarily reflect the experience of the general population. The anonymity of online forums can encourage the expression of real and socially undesirable content but also the expression of

untrue or hyperbolic content in various functions, such as provocation and release of emotional tension. Coding and categorization as a method of analysis are subjective techniques, highly affected by the bias of the researcher. Especially for complex and multi-layered phenomena, such categorization is characterized by a considerable degree of arbitrariness and reflect only one of alternative solutions. In future research bias and arbitrariness could be mitigated by involving several researchers in data processing. The research also delivers some advantages, which are conditioned by the absence of the researcher's influence on the production of research material. Naturalistic research provides access to the original uncensored user experience.

## Uvod

Psihoterapija deluje (Miller, Hubble in Chow, 2017). V središču polemik in kot predmet mnogih raziskav pa že desetletja vztraja vprašanje, kaj je pravzaprav tisto, kar deluje (Rosenzweig, 1936; Weiss, 1993; Luborsky in dr., 2002; Silverman, 2005; Tzur Bitan in Abayed, 2020). Tradicionalni medicinski pogled predpostavlja, da učinkovitost in izidi psihoterapije temeljijo na metodah in tehnikah, alternativni pa, da terapevtsko spremembo pogojujejo splošni dejavniki, skupni različnim psihoterapevtskim pristopom (Duncan in dr., 2010; Klostermann, Mignone in Mahadeo, 2019). V članku z obema modeloma primerjam rezultate raziskave klientske izkušnje, ki so pridobljeni z analizo forumskih prispevkov ter ponazarjajo strukturo vsebin psihoterapevtskega procesa, na katere so pozorni klienti.

### Teoretična izhodišča

Psihoterapevtski proces in izid predstavljata dve najpomembnejših dimenzij kliničnega srečanja, saj se nanašata na samo dogajanje med psihoterapijo ter na klinične učinke tega dogajanja. Koncept psihoterapevtskega procesa zajema sestavine, ki sestavljajo psihoterapevtsko obravnavo, koncept psihoterapevtskega izida pa posledice in rezultate obravnave (Mulder, Murray in Rucklidge, 2017). Čeprav sta dimenziji v kompleksnem odnosu, ki ga ni mogoče reducirati na preproste linearne korelacije, lahko sestavine psihoterapevtskega procesa v kontekstu njihovega učinka razumemo kot dejavnike psihoterapevtskega izida (Stiles in Shapiro, 1994; Duncan, Miller, Wampold in Hubble, 2010; Tompkins in Swift, 2014; Gelo, Pritz in Rieken, 2015; Llewelyn, Macdonald in Aafjes-van Doorn, 2016). Odprto vprašanje ostaja, katere sestavine in dogajanja v psihoterapevtskem procesu so ključnega pomena za psihoterapevtski izid (Wampold in Imel, 2015). Odgovori na to vprašanje se umeščajo na dimenzijo med dvema poloma, med medicinske modele na enem in modele skupnih dejavnikov na drugem polu.

Predpostavka medicinskih modelov je, da so ključni dejavniki psihoterapevtskega izida specifične terapevtske metode in tehnike. To stališče spodbuja razvoj množice različnih psihoterapevtskih pristopov, ki segajo od psihoanalitičnih prek vedenjskih in kognitivnih do humanističnih in eksistencialnih ter nazadnje do integrativnih in eklektičnih. Ob tradicionalnih se ves čas razvijajo novi, pogosto vse bolj tehnično in teoretično specifični, ki običajno izhajajo iz že obstoječih ter bolj ali manj uveljavljenih (Pachankis in Goldfried, 2007; McAleavey in Castonguay, 2015; Someah, Edwards in Beutler, 2017). Različni pristopi uporabljajo različne specifične sestavine, terapevtske postopke in tehnike, usmerjene

v odpravo specifičnih ali splošnih težav ter izhajajo iz različnih filozofskih naravnosti, konceptualizacij problemov, teoretičnih konstruktov (Lin, 2016). Psihoterapevtska tehnika je v tem kontekstu konceptualizirana kot zdravilna učinkovina oz. ekvivalent medicinskemu postopku, ki je v uporabi za zdravljenje specifične zdravstvene težave (Wampold in Imel, 2015). Medicinski model sestavlja pet temeljnih konceptualnih komponent, in sicer (1) koncept bolezni ali motnje, (2) biološka razlaga njenega nastanka, (3) mehanizem spremembe oz. zdravljenja, (4) terapevtski postopki in (5) specifičnost (Slika 4) (Wampold in Imel, 2015):

- (1) Motnja kot prva komponenta medicinskega modela se nanaša na simptome, o katerih pacient poroča in ki skupaj z njegovo anamnezo, pregledom in testi pogojujejo opredelitev, ali je pacientovo stanje odklonsko, in če je temu tako, diagnozo.
- (2) Druga komponenta je predpostavka, da obstaja biološka razlaga nastanka motnje.
- (3) Tretjo komponento medicinskega modela predstavlja oblikovanje temelja zdravljenja na ravni bioloških sistemov, ki motnjo povzročajo. Načrt zdravljenja izhaja iz domneve, da bo sprememba biološkega sistema motnjo odpravila, ublažila njeno resnost in/ali skrajšala njeno trajanje.
- (4) Biološka razlaga vodi v oblikovanje zdravljenja, ki zajema specifične terapevtske postopke, konsistentne z razlago vzrokov motnje ter z iz teh izhajajočim mehanizmom spremembe.
- (5) Specifičnost kot peta komponenta medicinskega modela je skladna s prvimi štirimi komponentami: pacient kaže specifične znake in simptome motnje, ki jih je mogoče pojasniti s specifično biološko razlago ter jih ublažiti s specifičnimi terapevtskimi postopki, ki temeljijo na specifičnem mehanizmu spremembe.

Čeprav so prizadevanja medicinskih modelov v praksi prinesla nastanek standardov in dala nekaj zagotovil, da je psihoterapija večinoma koristna, aktivno razvijanje novih tehnik in metod na ravni izida ni prineslo korenitih sprememb (Someah, Edwards in Beutler, 2017). Kljub splošnim pozitivnim rezultatom psihoterapevtskih obravnav ostajajo namreč že več desetletij povsem nespremenjene povprečne velikosti učinka psihoterapije (Duncan in Miller, 1999; Wampold, 2000; Ahn in Wampold, 2001; Hubble, Lambert in Ogles, 2004; Duncan in dr., 2010; Shedler, 2010; Laska, Gurman in Wampold, 2014; Wampold in Imel, 2015). Iz tega gre sklepati, da se pri razvoju specifičnih pristopov mogoče osredotočamo na dejavnike oz. sestavine, ki za izid niso tako pomembni (Miller, Hubble in Chow, 2017). Ugibanje o manjši relevantnosti specifičnih dejavnikov, kot je bilo sprva predpostavljeno, je spodbudilo razvoj modelov skupnih dejavnikov (Wampold in Imel, 2015).

Modeli skupnih dejavnikov vpeljujejo predpostavko, da specifične tehnike v psihoterapiji niso bistvene in da si različni pristopi v psihoterapiji ključne skupne dejavnike izida delijo (Wampold in Imel, 2015). Glede vprašanja, kateri dejavniki to so, je oblikovanih več modelov in veliko jih skuša število skupnih dejavnikov zreducirati na obvladljivo peščico, kot so:

- (1) čustveno nabit in zaupen odnos, (2) terapevtska pojasnjevalna shema, (3) sprejemanje novih informacij s preizkušanjem in raziskovanjem (4) krepitev klientovega pričakovanja pomoči, (5) zagotavljanje izkušnje uspešnosti klientu, (6) spodbujanje čustvene vzdraženosti (Frank, 1971);
- (1) terapevtski odnos, (2) korektivna izkušnja in nova vedenja, (3) pozitivno pričakovanje, (4) povratno informiranje klienta in njegovo novo razumevanje (5), ponavljajoče testiranje realnosti (Goldfried in Padawer, 1982);
- (1) klientovi zunajterapevtski dejavniki, (2) placebo, upanje in pozitivno pričakovanje, (3) terapevtski odnos, (4) tehnični dejavniki (Hubble, Duncan in Miller, 1999);
- (1) terapevtski odnos, (2) pričakovanje učinkovitosti obravnave, (3) izpostavljanje in soočanje s težavami, (4) izkušnja obvladanja ali nadzorovanja, (5) klientovo pripisovanje uspešnega izida notranjim ali zunanjim vzrokom (Weinberger in Rasco, 2007);
- (1) terapevtska vez, (2) komunikacija oz. izmenjava informacij med terapevtom in klientom, (3) logična struktura ustvarjanja smisla (Tracey in dr., 2003),
- (1) klientovo sodelovanje, (2) čustvena izkušnja, (2) terapevtska zveza (Tscharner, Junghan in Pfammatter, 2014);
- (1) klient in zunajterapevtski dejavniki, (2) dejavniki terapevtske zveze; (3) upanje in pozitivno pričakovanje; (4) dejavniki terapevtskega modela oz. smeri (Laska, Gurman in Wampold, 2014).

Eden od modelov skupnih dejavnikov je kontekstualni model. Ta uvaja štiri skupne dejavnike izida, in sicer (Wampold in Imel, 2015):

- (1) oblikovanje čustveno nabitega in zaupnega odnosa med klientom in terapevtom;
- (2) vzbuditev zaupanja klienta v psihoterapevtsko obravnavo in psihoterapevta;
- (3) oblikovanje razlagalne in konceptualne sheme klientovih težav;
- (4) izvajanje rituala ali postopka, ki je konsistenten s sprejeto razlagalno-konceptualno shemo.

Razlagalno-konceptualna shema se nanaša na specifične teoretične koncepte in tehnike, ki jih vpeljujejo različne psihoterapevtske smeri. Bistveno za učinek psihoterapevtske obravnave je, da terapevt in klient sprejmeta razlagalno-konceptualno shemo, ni pa pomembno, da je shema resnična ali znanstveno dokazana.

Izvajanje rituala oz. postopka utrjuje vero in zaupanje v psihoterapevtsko obravnavo, različnim ritualom, ne glede na njihov izvor v različnih smereh, pa je skupnih šest elementov (Wampold in Imel, 2015; Wampold, 2017):

- (1) Terapevt z njimi premaguje klientov občutek izoliranosti in spodbuja razvoj odnosa, v katerem klient razkriva svoje občutke in misli.
- (2) Psihoterapevt vzdržuje klientova pričakovanja, da bo deležen učinkovite pomoči, tako da upanje na izboljšanje povezuje s psihoterapevtskim procesom.
- (3) Terapevt zagotavlja nove priložnosti učenja.
- (4) Psihoterapevtski proces pri klientu vzbuja čustva.
- (5) Psihoterapevt krepi klientov občutek zmožnosti obvladovanja, nadzora in učinkovitosti. (6) Terapevt klientu zagotavlja možnosti prakticiranja.

V raziskovanju psihoterapevtskega procesa in izida ter konceptualizaciji medicinskega in kontekstualnega modela večinoma izhajamo iz izkušenj in vidikov psihoterapevta. Čeprav raziskave kažejo, da so najbolj robustni napovedovalci izida klientovi dejavniki, privilegiramo terapevtovo perspektivo ter terapevtovo oceno tega, kaj je pomembno (Norcross, 2010). Rezultati primerjalnih raziskav terapevtovih in klientovih perspektiv pa opozarjajo, da se doživljanja ter ocene enega in drugega pomembno razlikujejo. Terapevtska perspektiva po temu sodeč ni samozadostni vir podatkov pri evalvaciji in načrtovanju praktičnega dela ali konceptualizaciji teoretičnih modelov učinkovalnosti (Hannan in dr. 2005; Schuckard, Miller in Hubble, 2017; Maeschalck, Prescott, Maeschalck in Miller, 2019). Kot odgovor na problematiko psihoterapevtskega pristranskega zaznavanja klientovega vidika in napredka se razvija več načinov dostopanja do klientove izkušnje, kot so povratno informirana obravnavo (feedback-informed treatment) in rutinsko merjenje izida (routine outcome measurement) (de Beurs in dr., 2011; Maeschalck, Prescott in Miller, 2019).

V povratno informirani obravnavi in rutinskem merjenju izida tekom psihoterapevtskega procesa od klientov redno zajemamo njihovo oceno napredka in kakovosti terapevtskega procesa (Elliot in James, 1989). Razvoj povratno informirane obravnave temelji na dobro osnovanih ugotovitvah raziskav izida, ki potrjujejo pomemben vpliv uporabe klientovih povratnih informacij na učinkovitost obravnave (Miller in Schuckard, 2016). Predpostavljeno je, da povratno informirana obravnavo terapevta sooča z dejanskim rezultatom dela, kar mu zagotavlja objektivni podatek, ki se lahko bistveno razlikuje od njegovega subjektivnega doživljanja. Klientove zaznave terapevtskega odnosa ali terapevtskega sloga navezovanja pa bolje napovedujejo izid kot ocene terapevtov ali opazovalcev (Elliot in James, 1989; Bachelor, 2013; Rubel idr., 2015; Zilcha-Mano idr. 2015). Poleg prakse zajemanja klientove izkušnje v kontekstu tekočega procesa imamo tudi raziskave, ki raziskujejo občo klientsko izkušnjo. Takšne raziskave odkrivajo



različna področja obravnave, ki so za kliente pomembna in/ali problematična ter jim je smiselno namenjati pozornost pri razvoju kliničnih praks. Med temi so na primer izkušnja procesa, terapevtovo delovanje in osebnost, izid obravnave, terapevtske tehnike ipd. (Elliott in James, 1989; Sherwood, 2001; Rodgers, 2003; Elliott, 2008; McElvaney in Timulak, 2013; Radcliffe, Masterson in Martin, 2018).

### 1.2. **Namen in cilji raziskave**

Namen raziskave je na osnovi analize izkušenj klientov s psihoterapijo izluščiti sestavine psihoterapevtskega procesa ter jih konceptualizirati kot dejavnike psihoterapevtskega izida.

## 2. **Metode raziskovanja**

Raziskava temelji na kvalitativni analizi anonimnih forumskih prispevkov slovenskih uporabnikov, ki opisujejo svoje izkušnje s psihoterapijo.

Zbiranje in priprava podatkov sta sledila smernicam priročnika analize spletnih forumov *Analyzing internet forums: a practical guide* (Holtz, Kronberger in Wagner, 2012): 1. izberemo primerne forume, 2. izberemo primerne sekcije in prispevke, 3. gradivo prenašamo v izbrano programsko orodje za analizo, 4. uporabimo izbrano kvalitativno metodo analize. Gradivo za analizo je bilo zbrano 1. 7. 2020 s spletnim iskalnikom Google in iskalnim nizom »izkušnje AND psihoterapija AND forum«. Iz iskalnih zadetkov je bilo odvzetih prvih 50 zadetkov iskanja, ki so bili forumski prispevki. Forumski prispevki so bili razporejeni po datumu začetka in iz naslovnih tem izbrani najmlajši do zapolnitve 40 avtorskih strani (40.000 besed) gradiva. Besedilo za analizo zajema 147 forumskih prispevkov različnih uporabnikov v enajstih forumskih temah. Forumske teme so bile odprte med 13. 10. 2017 in 23. 6. 2020.

Obdelava podatkov je temeljila na raziskovalni metodi utemeljene teorije, ki predstavlja večnivojsko sistematično kvalitativno obdelavo podatkov in omogoča oblikovanje predpostavk o kompleksnih teoretičnih konceptih. Osnovni princip dela utemeljene teorije je induktiven in se v svoji osnovi razlikuje od običajnih hipotetično-deduktivnih raziskovalnih metod. Raziskava z uporabo utemeljene teorije se lahko začne brez raziskovalnega vprašanja, zgolj z zbiranjem in organizacijo kvalitativnih podatkov, ki jih kodiramo. Ob pregledovanju in organizaciji kod nam postajajo razvidne ponavljajoče se komponente in povezave. Zbrano večjo količino podatkov pregledujemo in obdelujemo v več ponovitvah ter kode razvrščamo v kategorije, nadkategorije in podkategorije. Struktura kategorij lahko postane osnova za novo teorijo. Utemeljena teorija se razlikuje od tradicionalnega modela raziskovanja, kjer vnaprej izberemo teoretični okvir in

šele nato zbiramo podatke, saj skušamo v utemeljeni teoriji teoretično zasnovano oblikovati ravno neodvisno od že obstoječih teoretičnih konceptov. Povsem se od teh običajno ne moremo distancirati, zato ne predpostavljamo resnično neodvisnega generiranja konceptov, vendar pa skušamo že obstoječe teoretične okvirje s področja raziskovanja v procesu dela kolikor je mogoče abstrahirati (McLeod, 2011; Mirks in Mills, 2015; Černetič, 2018).

Pri obdelavi podatkov je bil uporabljen program MS Excel:

- (1) V prvi stolpec je bilo vneseno besedilo prispevkov, in sicer ok. 15 besed v posamezno vrstico.
- (2) V drugi stolpec so bile iz prvega stolpca izpisane kode (izkušnje klientov s psihoterapijo).
- (3) V primerih pojava več kod v eni vrstici, so bile vstavljene vrstice, da se je vsaka koda nahajala v lastni vrstici.
- (4) Kodam so bile v nadaljnjih stolpcih pripisane kategorije: Na prvi ravni (4.1) je bila vsaki izkušnji določena nadkategorija (4.2). V nadaljnjih stolpcih so se oblikovale kategorije znotraj nadkategorij. Kategorije in podkategorije so bile oblikovane sproti, tekom kodiranja in kategoriziranja. Kode in kategorije so bile nazadnje s funkcijo večnivojskega sortiranja razvrščene po abecedi, kar je olajšalo vpogled v končno strukturo.

S kategorizacijo je oblikovana struktura klientske izkušnje, ki odraža področja, na katera se nanašajo izkušnje klientov s psihoterapijo. Struktura klientske izkušnje je z več ravnmi kategorij razčlenjena v globino ter predstavljena tabelarično in z dendrogrami. Strukturi klientske izkušnje je dodan podatek o številu kod v posameznih kategorijah in podkategorijah. Iz razmerij števila je predpostavljeno, katera področja so za klienta bolj (tista z več kodami) in katera manj pomembna. Rezultati opisane kvantifikacije so podani s pomembno omejitvijo, da število omemb ni zanesljiv indikator pomena, ki ga klienti pripisujejo posameznim sestavinam procesa.

## 3. **Rezultati**

Iz kategorizacije izkušenj klientov s psihoterapijo nastaja struktura, ki zajema tri nadkategorije: podatki uporabnikov, izkušnje z obravnavo ter pričakovanja glede obravnave (Tabela 1). Nastajanje kategorij pogojujejo vsebine kod, zato struktura kategorij odraža področja izkušenj s psihoterapijo, ki jih klienti opisujejo, in s tem predstavlja osrednji rezultat raziskave.

V kategorijo podatkov uporabnikov so za namen orisa vzorca kodirani dostopni demografski podatki (starost, spol, spolno usmerjenost, zaposlitev), različne lastnosti, počutje, morebitno jemanje zdravil ter drugo. Iz nadkategorije

izkušenj so izluščene kategorije prvega reda, in sicer izkušnje, ki se nanašajo (1) na klienta, (2) na terapevta, (3) na njun odnos ter (4) na obravnavo. Kodirana so tudi pričakovanja uporabnikov, ker na tesno povezanost pričakovanj in izkušenj kažeta tako analizirano gradivo kot predhodne raziskave (Frank, 1971; Laska, Gurman in Wampold, 2014; Wampold in Imel, 2015; Mulder, Murray in Rucklidge, 2017; Wampold, 2017; Cuijpers in dr. 2019). Pričakovanja so združena v tista, ki se nanašajo (1) na obravnavo, (2) na terapevta, (3) na odnos in (4) na klienta samega. Izkušnjam in pričakovanjem znotraj posameznih kategorij prve linije so na drugi liniji dodane kategorije: pozitivno, negativno in nevtrarno.

Tabela 1:

## Struktura kategorij

Podatki uporabnikov	Spol, starost, spolna usmerjenost, zaposlitev, lastnosti, počutje, težave, zdravila, drugo			
Izkušnja	P	P značilnosti	Oprelitev, kakovost, vrednost, frekvenca, trajanje, lokacija, vrsta	P/N
		P izid		P/N
	T	T vedenje	Spol, izobrazba, delovno mesto, cena	P/N
		T lastnosti	Osebnost, kakovost, priporočilo, izobrazba, cena, spol	P/N
	O			P/N
	K	K motiv		P/N
		K počutje	Začetek, potek, zaključek procesa	P/N
		K vedenje	Začetek, potek, zaključek procesa	P/N
		Lastnosti		P/N
	Pričakovanje	P	Izid	
Značilnosti			Oprelitev, trajanje, vrsta	P/N
T		Vedenje		P/N
		Lastnosti	Osebnost, kakovost, priporočilo, izobrazba, cena	P/N
O				P/N
K		Potrebe		P/N
		Vedenje		P/N
	Počutje		P/N	

Legenda: P – obravnavo; T – terapevt; O – odnos; K – klient; P/N – pozitivno, negativno

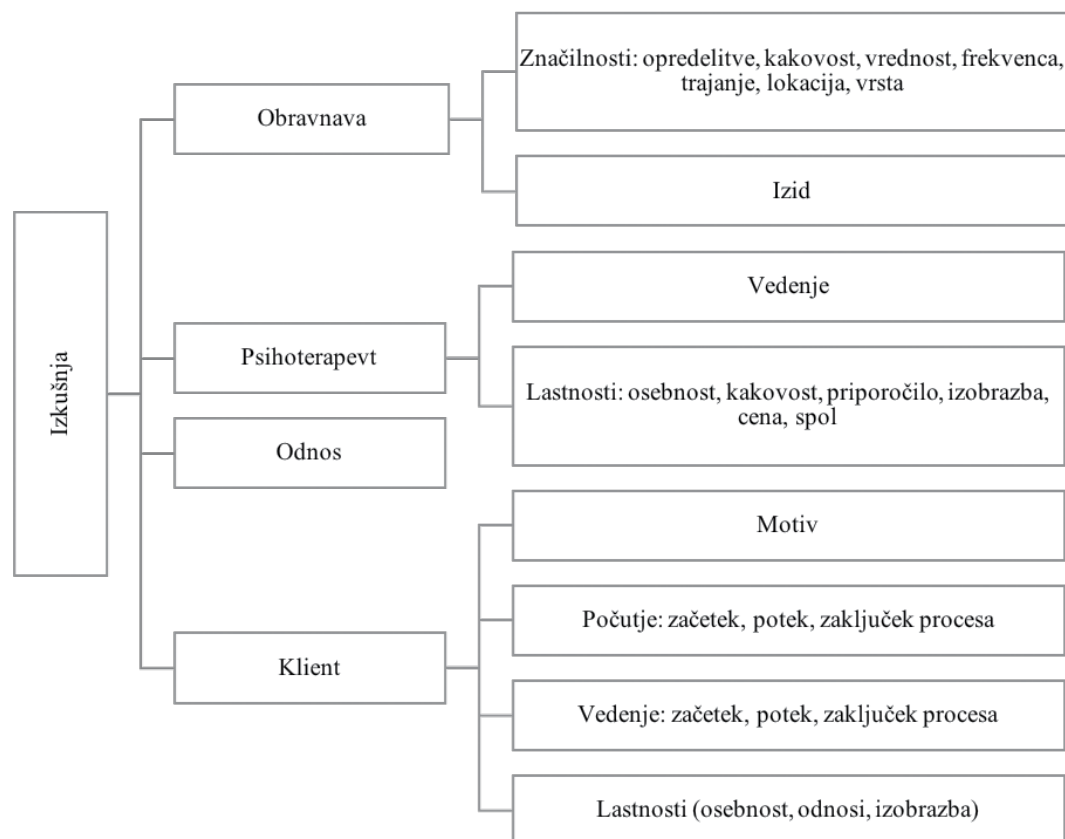
## 3.1. Opis vzorca

Podatki o uporabnikih, izluščeni iz prispevkov, kažejo, da med uporabniki prevladuje ženski spol (16 kod), medtem ko je moških uporabnikov manj (4 kode). Pri nekaj uporabnikih je mogoče razbrati starosti, in sicer, da je en uporabnik polnoleten, eden star 23 let in eden 41 let. Omembi spolne usmerjenosti uporabnikov (2 kodi) se nanašata na heteroseksualnost. Eden od uporabnikov je študent in eden dela dvoizmensko delo. En uporabnik ima sina. Nekateri uporabniki se zdravijo z zdravili ali bioresonanco (5 kod).

## 3.2. Izkušnje klientov

Na področju izkušenj klientov je izluščenih 387 kod, ki so razvrščene v kategorije in podkategorije več redov. Med vsemi zbranimi kodami se 104 kode nanašajo na obravnavo, 149 kod na terapevta, 34 na odnos ter 100 na klienta. Kategorije prvega reda (obravnavo, terapevt, odnos, klient) so naprej razčlenjene na podkategorije drugega reda. Med izkušnjami z obravnavo so kategorizirane izkušnje z izidi in izkušnje z značilnostmi obravnave, ki se nanašajo na opredelitev psihoterapije, kakovost obravnave, vrednost obravnave, frekvenco, trajanje, lokacijo in vrsto obravnave. Izkušnje s terapevtom v podkategorijah drugega reda so kategorizirane med izkušnje s terapevtovim vedenjem in terapevtovimi lastnostmi, v katere so vključeni terapevtova osebnost, terapevtova kakovost, priporočilo, terapevtova izobrazba, cena in spol. Kategorija odnosa ni razčlenjena na podkategorije drugega reda. Kode kategorije izkušnje klienta s samim seboj so kategorizirane v podkategorije klientovega motiva za vstop v psihoterapijo, klientovega vedenja v različnih fazah procesa, klientovega počutja v različnih fazah procesa in klientovih lastnosti (Slika 1).

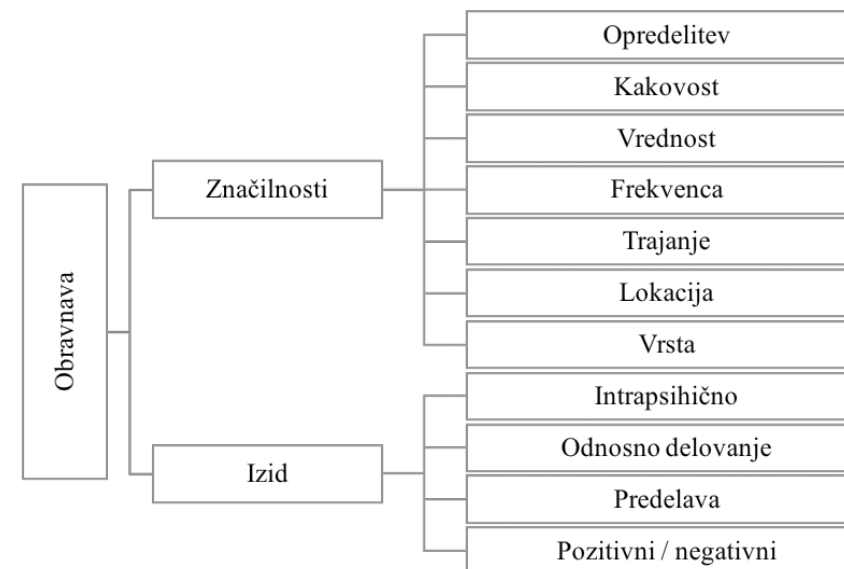
Slika 1:  
Struktura klientske izkušnje



### 3.2.1. Izkušnje z obravnavo

Izkušnje, ki jih klienti opisujejo in so vezane na obravnavo, se nanašajo na značilnosti obravnave (49 kod) in na izid obravnave (55 kod, npr. da klient razreši ovire v odnosih, da premaga ljubosumnost, ne prenaša slabih vzorcev, vzpostavi distanco do obtožb). Izkušnje z značilnostmi obravnave vključujejo opredelitve psihoterapije (npr. da je psihoterapija poslanstvo, da je podobna obisku zdravnika, da je podobna plačevanju spolnih uslug, da psihoterapija ni odnos), izkušnje s kakovostjo obravnave (npr. da je psihoterapija grozna, grenka, slaba izkušnja, da je koristna, super izkušnja, da je poseben tretma), izkušnje z vrednostjo obravnave (npr. da je psihoterapija darilo klienta samemu sebi, da je dragocena), frekvenco obravnave, trajanjem obravnave, lokacijo obravnave in vrsto obravnave (npr. individualna, skupinska, razvojnoanalitična) (Slika 2).

Slika 2:  
Struktura klientske izkušnje z obravnavo

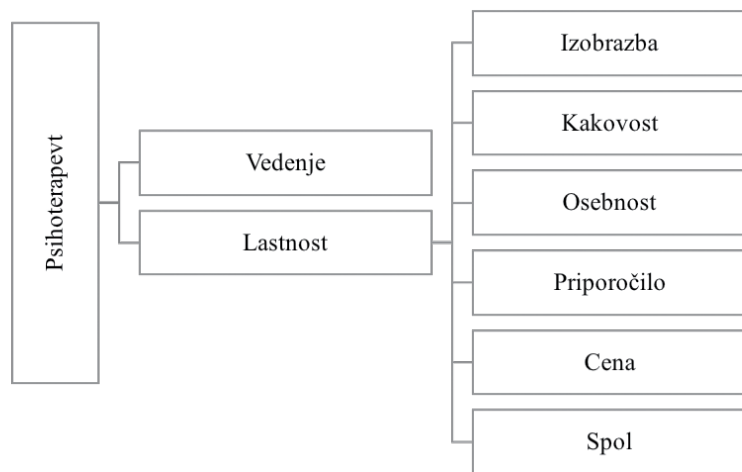


Značilnosti, ki jih uporabniki navajajo glede obravnave, se najpogosteje nanašajo na opredelitev psihoterapije (13 kod) in na kakovost (10 kod) ter vrednost obravnave (10 kod), redkeje pa tudi na trajanje (6 kod), frekvenco (5 kod) in vrsto obravnave (7 kod).

### 3.2.2. Izkušnje klientov s psihoterapevtom

V zvezi s terapevtom klienti opisujejo terapevtovo vedenje (59 kod, npr. da klienta poslušajo, se poglobi v klientovo zgodbo, stoji na klientovi strani, dobro svetuje, da je samo prisoten, se hvali, je neodziven, jemlje težave površinsko) in njegove lastnosti (90 kod), kot so njegova osebnost (npr. da je sočuten, čudovit, krasen, topel, srčen ali pa mu diši denar in manjka sočutja), kakovost njegovega dela (npr. da je dober, odličen, da obvlada svoje delo, je izreden strokovnjak, ali pa ni dober, ima pomanjkljivo znanje), izobrazba, priporočila, cena in spol (Slika 3).

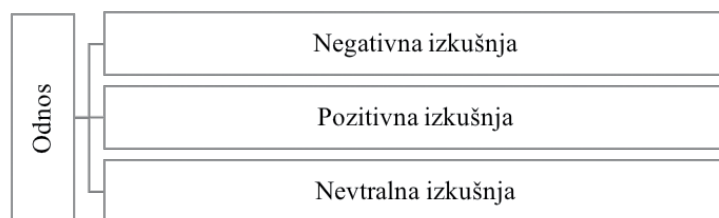
Slika 3:  
Struktura klientske izkušnje s psihoterapevtom



### 3.2.3. Izkušnje klientov s psihoterapevtskim odnosom

Na področju terapevtskega odnosa klienti izražajo negativne (13 kod, npr. da v odnosu nekaj ni dobro, da se psihoterapevt in klient ne povežeta, se ne ujameta v razmišljanju, da klient terapevtu ne more zaupati), pozitivne (4 kode, npr. da se klient ujame s psihoterapevtom, da prejema terapevtovo pozornost) in nevtralne izkušnje (15 kod, npr. da se klient in terapevt vikata, da klient odnos plačuje, da je pomembno ujemanje) (Slika 4).

Slika 4:  
Struktura klientske izkušnje s psihoterapevtskim odnosom

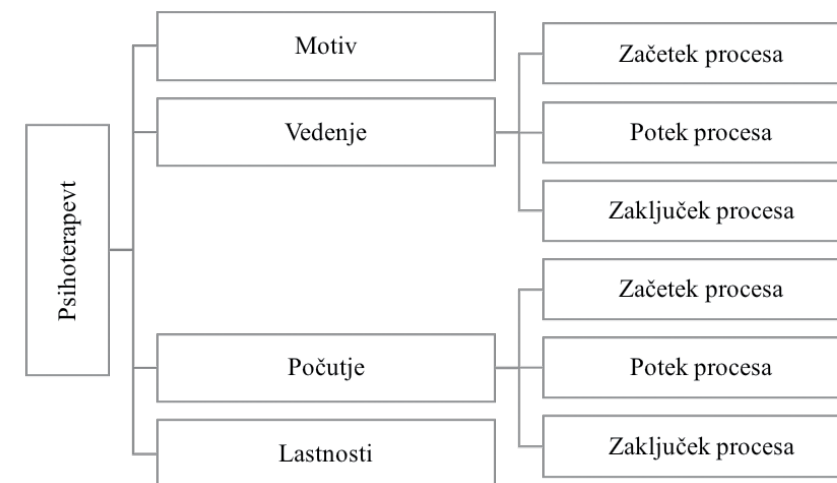


### 3.2.4. Izkušnje klientov s seboj

Na ravni klientovih izkušenj s samim seboj se pojavljajo motivi za vstop v psihoterapevtsko obravnavo (27 kod, npr. depresivnost, anksioznost, izčrpanost, osebna kriza, travme iz otroštva), izkušnje z vedenjem klienta v različnih fazah procesa (15 kod, npr. da klient išče terapevta, se odloča glede na lokacijo, da uporablja terapevtove nasvete, da se na koncu terapevtu zahvali, da prekine

obravnavo), izkušnje s počutjem klienta v različnih fazah procesa (49 kod, npr. da je zadovoljen, da se dobro počuti) ter lastnosti klienta (9 kod) (Slika 5).

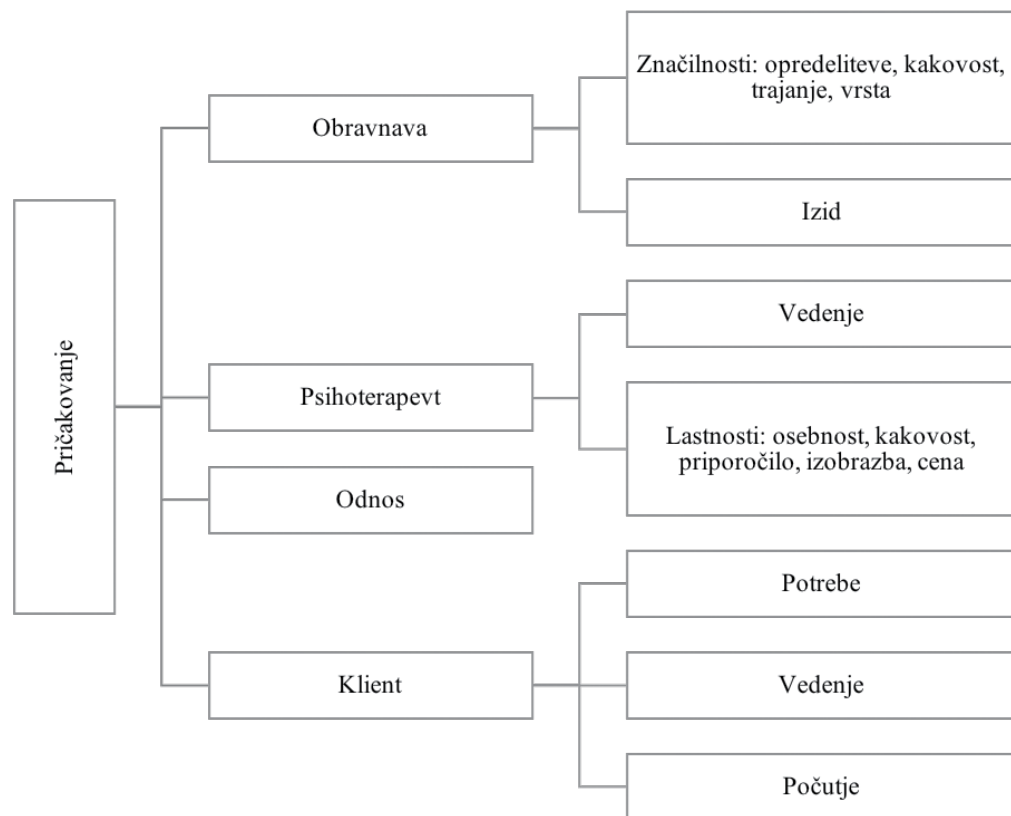
Slika 5:  
Struktura klientske izkušnje s klientom



### 3.3. Pričakovanja klientov

V forumske teme o psihoterapiji se vključujejo tudi uporabniki, ki nimajo izkušnje z obravnavo, vendar pa bodisi razmišljajo o vstopu v proces bodisi zgolj delijo svoja stališča. Iz teh vsebin je mogoče izluščiti pričakovanja (potencialnih) klientov glede psihoterapije. Pričakovanja se pojavljajo na istih področjih prvega reda kot izkušnje klientov s psihoterapijo, in sicer na ravni obravnave (46 kod), terapevta (77 kod), odnosa (13 kod) in klienta (23 kod) (Slika 6).

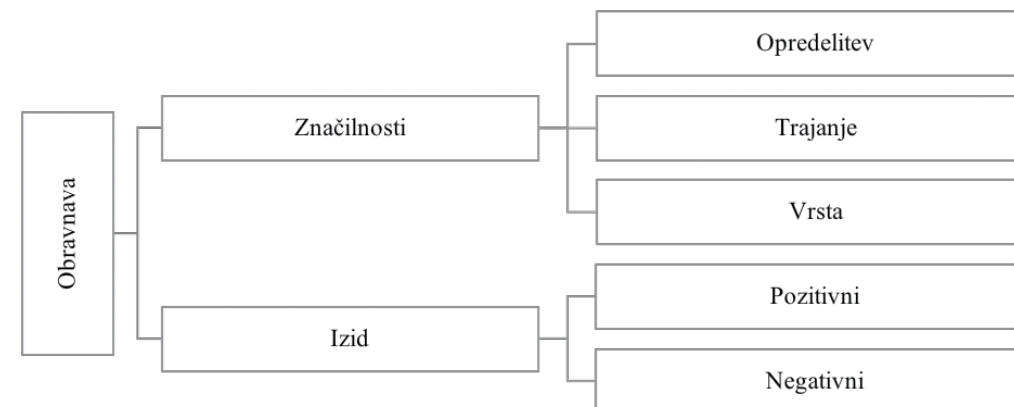
Slika 6:  
Struktura klientskega pričakovanja



### 3.3.1. Pričakovanja glede obravnave

Uporabniki izražajo različna pričakovanja v zvezi z obravnavo, in sicer na ravni izida (27 kod, npr. klient pričakuje, da psihoterapija deluje, da izboljša partnerski odnos, da klientu pomaga ozavestiti nezavedno, pa da je lahko polom, da lahko povzroči težave) in na ravni značilnosti obravnave. Med značilnostmi obravnave se pojavljajo opredelitev psihoterapije (13 kod, npr. da je psihoterapija šarlatanstvo, da je isto kot branje knjig, da ni koristna), pričakovanja glede trajanja obravnave (3 kode) in pričakovanja glede vrste obravnave (3 kode) (Slika 7).

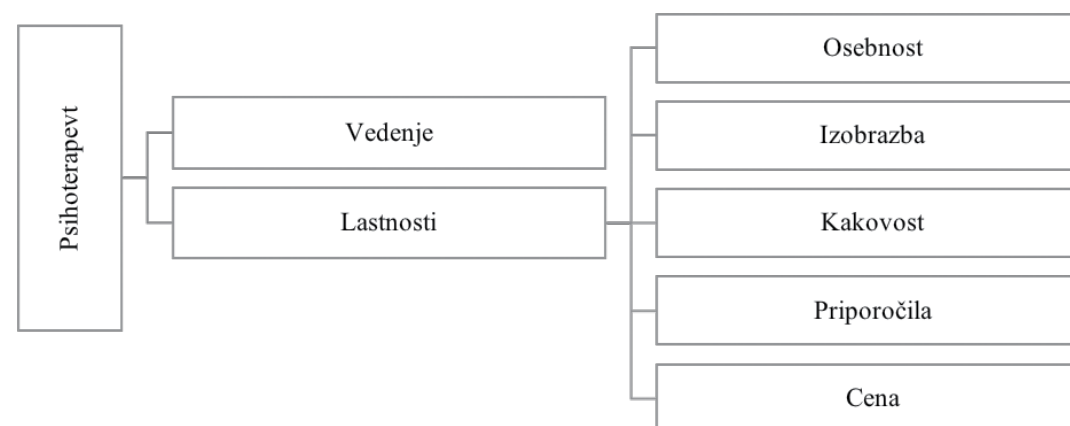
Slika 7:  
Struktura klientskega pričakovanja glede obravnave



### 3.3.2. Pričakovanja glede psihoterapevta

Uporabniki pričakovanja izražajo glede terapevta, in sicer na ravni vedenja (27 kod, npr. da terapevt pomaga, da usmerja, da ob neujemanju prekine odnos) in na ravni lastnosti (50 kod, npr. da je terapevt topel, sočuten, razumevajoč, srčen), ki se nanašajo na terapevtovo izobrazbo (18 kod), kakovost (15 kod), ceno (4 kode), priporočila (4 kode), osebnost (8 kod) (Slika 8).

Slika 8:  
Struktura klientskega pričakovanja glede psihoterapevta



### 3.3.3. Pričakovanja glede odnosa

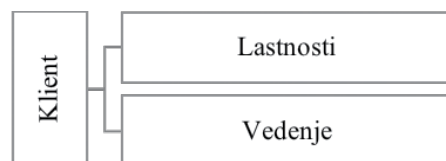
Pričakovanje klientov glede terapevtskega odnosa ne kaže strukture.

### 3.3.4. Pričakovanja glede sebe

Klienti izražajo različna pričakovanja do sebe in do svoje vloge v obravnavi. Ta pričakovanja se nanašajo na klientovo vedenje (19 kod, npr. da mora klient v psihoterapiji jokati, da se mora dotakniti neprijetnih tem, da mora poiskati dobrega terapevta, da med psihoterapijo leži na mizi) in klientove lastnosti (3 kode) (Slika 9).

Slika 9:

Struktura klientskega pričakovanja glede klienta

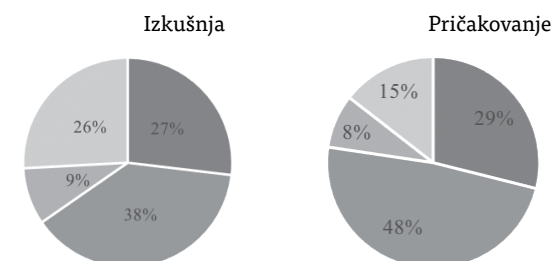
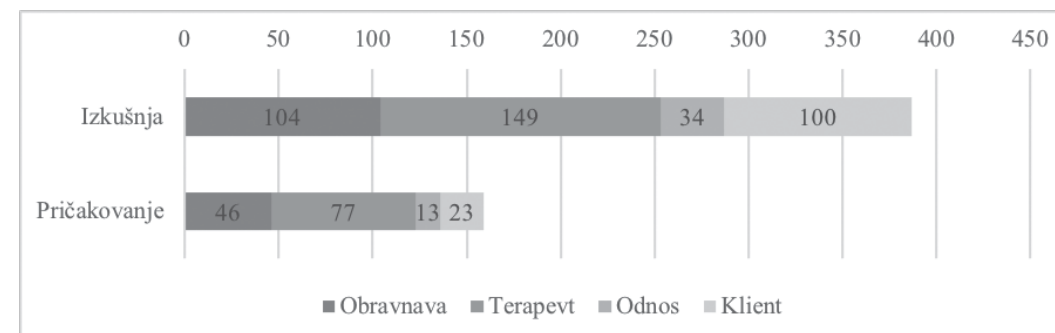


### 3.4. Razmerja omemb različnih področij izkušenj in pričakovanj

Razmerja omemb različnih področij izkušenj in pričakovanj klientov lahko nakazujejo, katera področja psihoterapevtskega procesa in izida so za kliente bolj in katera manj pomembna. Pregled razmerij kaže, da klienti glede psihoterapije pogosteje izražajo svoje izkušnje kot pričakovanja. Znotraj obeh področij pa so razmerja omemb relativno enakomerno razporejena: največji delež omemb se tako na ravni izkušenj kot na ravni pričakovanj nanaša na terapevta. Od vseh omemb na področju klientske izkušnje se jih na terapevta nanaša 149 od 387 (38 %), na področju klientskega pričakovanja pa se na terapevta nanaša 77 od skupaj 159 omemb (48 %). Na ravni izkušenj po številu omemb sledi obravnava, ki ni deležna bistveno več omemb kot klient sam. Na ravni pričakovanj razmerje med številom omemb na področju obravnave in številom omemb na področju klienta kaže večje odstopanje v prid obravnave. Najmanj omemb je tako na ravni izkušnje kot na ravni pričakovanja deležen psihoterapevtski odnos (Slika 10).

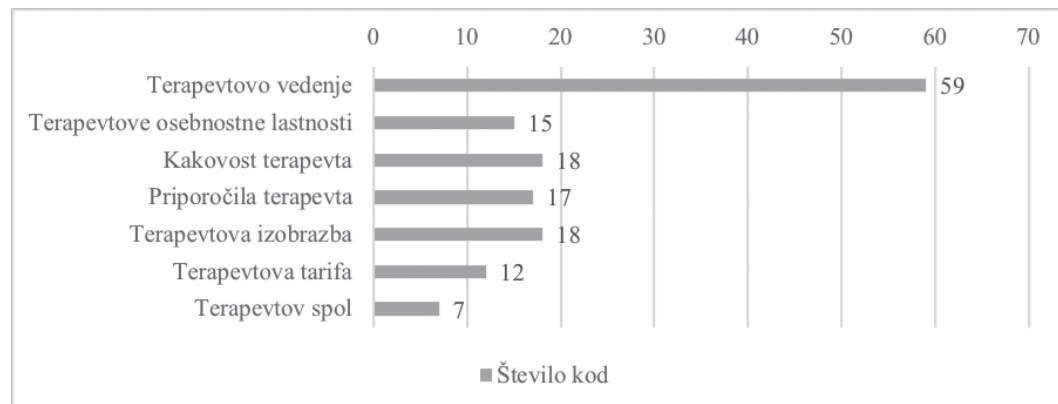
Slika 10:

Razmerje omembe glede na različna področja izkušenj in pričakovanj

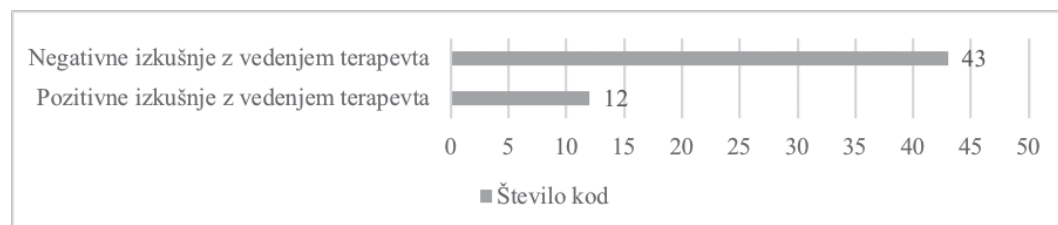


Opisi izkušenj s terapevtom kot področjem klientske izkušnje z največ omembami kažejo, da se klienti v opisih svojih izkušenj s psihoterapijo najpogosteje nanašajo na terapevtovo vedenje. Terapevtovo vedenje klienti opišejo v 59 omembah od skupaj 146 vseh omemb, ki se nanašajo na izkušnje s psihoterapevti (40 %) (Slika 11). Od izkušenj s psihoterapevtovim vedenjem klienti skoraj štirikrat pogosteje opisujejo negativne izkušnje kot pozitivne (Slika 12). Med preostalimi področji terapevta (osebne lastnosti, kakovost, priporočila, izobrazna, tarifa in spol) ni velikih dostopanj v razmerju omemb (Slika 11).

Slika 11:  
Razmerje omemb glede na področja terapevtovih lastnosti

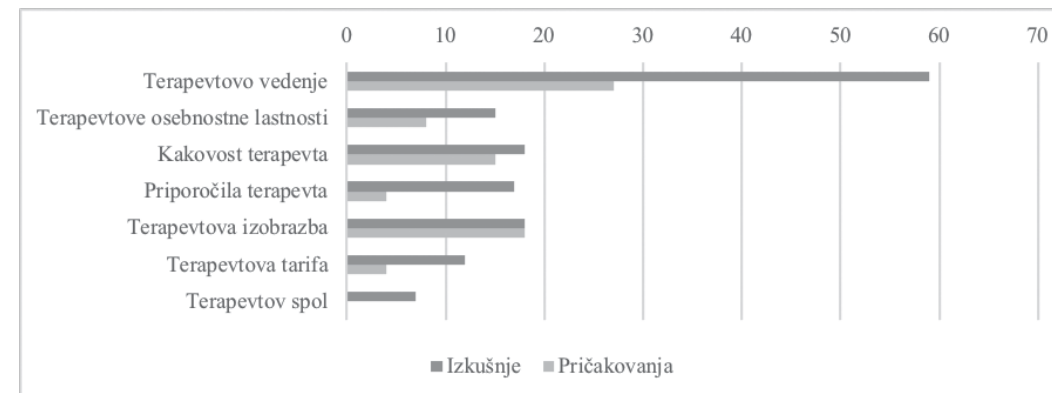


Slika 12:  
Razmerje omemb negativnih in pozitivnih izkušenj z vedenjem terapevta



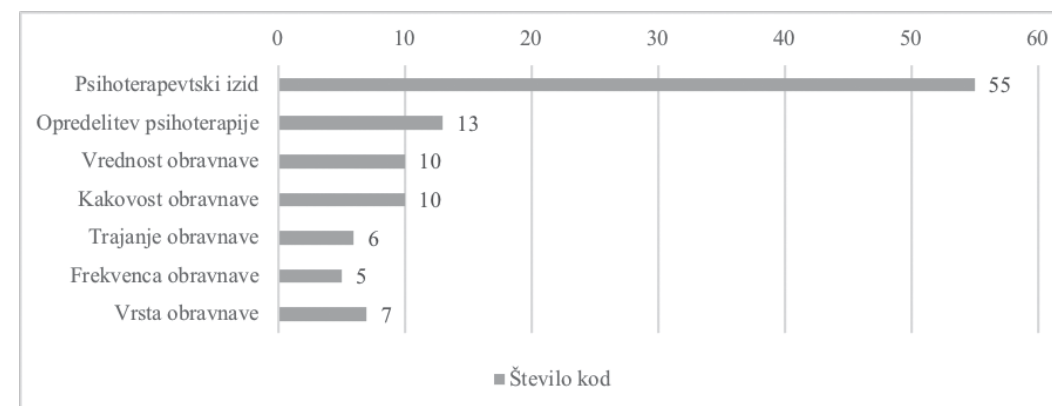
Primerjava razmerja omemb na področju izkušenj in pričakovanj glede psihoterapevta kaže, da klienti sicer tudi v svojih pričakovanjih najpogosteje referirajo na terapevtovo vedenje, vendar to področje v pričakovanjih ne odstopa tako bistveno kot v izkušnjah. Rezultat lahko namiguje, da izkušnja s terapevtskim vedenjem dodatno vzbudi klientovo pozornost in da je terapevtsko vedenje posebej pomembna komponenta klientske izkušnje (Slika 13). Primerjava razmerij med preostalimi področji terapevta z vidika klientske izkušnje in klientskega pričakovanja kaže, da je na ravni pričakovanja nekoliko več omemb terapevtove izobrazbe. Rezultat namiguje, da klient pred vstopom v psihoterapijo terapevtovi izobrazbi namenja več pozornosti kot po vstopu v proces (Slika 13).

Slika 13:  
Razmerje omemb različnih področij pričakovanj glede psihoterapevta



Na področju klientske izkušnje z obravnavo je glede na število omemb največ pozornosti deležen psihoterapevtski izid. Na psihoterapevtski izid se nanaša 55 od skupaj 106 omemb (52 %). Večinoma se izid pri tem nanaša na klientovo odnosno delovanje, tj. na odnose s partnerjem, sodelavci ali drugimi ljudmi. Na odnosno delovanje se nanaša 16 od skupaj 29 omemb (55 %) psihoterapevtskega izida (Slika 14 in 15).

Slika 14:  
Razmerje omemb različnih področij izkušenj z obravnavo



Slika 15:  
Razmerje omemb različnih področij psihoterapevtskega izida



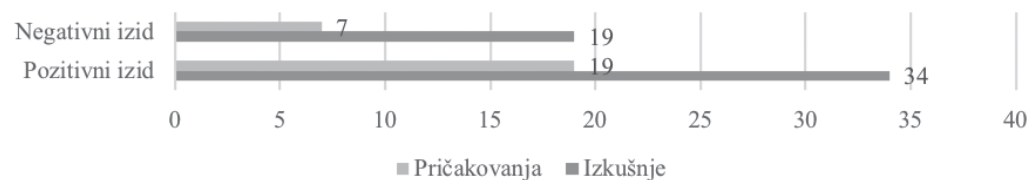
Večina izkušenj s terapevtskim izidom, ki jih je mogoče opredeliti kot pozitivne ali negativne, referirajo pozitivne izide obravnav. Takšnih je 34 od skupaj 53 omemb (64 %) (Slika 16).

Slika 16:  
Razmerje omemb pozitivnih in negativnih izkušenj z izidi obravnav



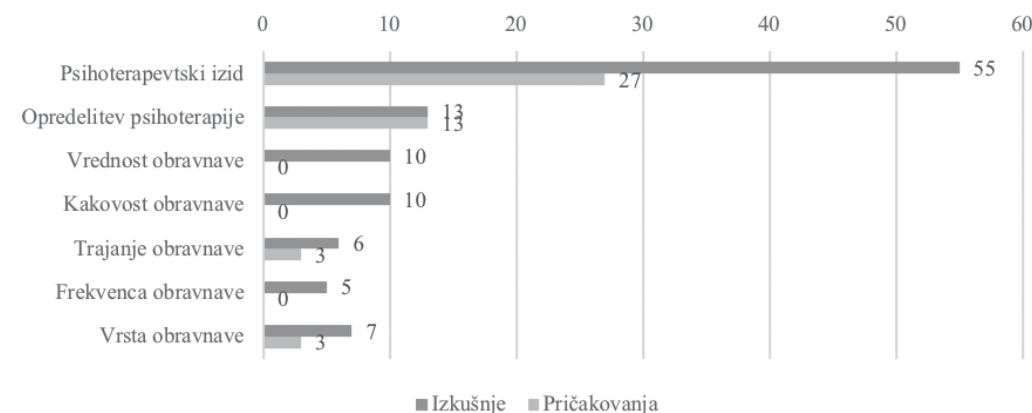
Pričakovanja glede psihoterapevtskega izida v razmerju sledijo izkušnjam klientov: tudi večina omemb na področju pričakovanja se nanaša na pozitiven izid in manj na negativnega (Slika 17). Če na podlagi tega upamo sklepati, da večina potencialnih klientov, ki se vključuje v forumske teme o izkušnjah s psihoterapijo, pričakuje pozitiven izid, lahko ugibamo o povezanosti pričakovanj pozitivnega izida z izkušnjami pozitivnega izida.

Slika 17:  
Razmerje omemb pričakovanj pozitivnih in negativnih izidov obravnav



Primerjava razmerja omemb na različnih področjih pričakovanj glede obravnave namigujejo, da se tudi pričakovanja klientov, tako kot njihove izkušnje, večinoma nanašajo na izide obravnave. Odstopanje omemb je na ravni pričakovanj nekoliko manjše, kar nakazuje, da bi dejanska izkušnja s psihoterapevtsko obravnavo lahko okrepila klientovo osredotočenost na izid, medtem ko se pred vstopom v obravnavo klient z izidom še ne ukvarja v tolikšni meri. Obratno večji delež na ravni pričakovanj kot na ravni izkušenj kažejo omembe na opredelitve psihoterapije. Rezultat namiguje, da se klienti pred vstopom v psihoterapijo pogosteje sprašujejo, kaj psihoterapija pravzaprav sploh je, kot po tem, ko z njo že imajo izkušnjo (Slika 18).

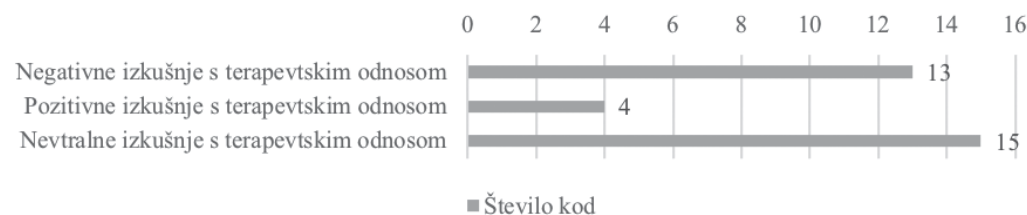
Slika 18:  
Razmerje omemb na različnih področjih pričakovanj glede obravnave



Nazadnje je zanimivo še število omemb, ki se nanaša na pozitivne, negativne in nevtralne izkušnje s psihoterapevtskim odnosom. Terapevtski odnos sprejemamo kot enega najpomembnejših terapevtskih dejavnikov, ki kritično vpliva na izid obravnav (Goldfried in Padawer, 1982; Lambert in Ogles, 2004; Weinberger in Rasco, 2007; Laska, Gurman in Wampold, 2014; Cuijpers in dr. 2019). Analiza klientske izkušnje pri tem kaže, da je v foramskih prispevkih več omemb negativnih izkušenj s terapevtskim odnosom kot pozitivnih izkušenj. Če bi obseg omemb sprejeli kot približni pokazatelj dejanskih izkušenj, je rezultat pomembno opozorilo, da imajo klienti s terapevtskim odnosom več negativnih kot pozitivnih izkušenj in da lahko razmerje pomembno negativno vpliva na psihoterapevtske izide.

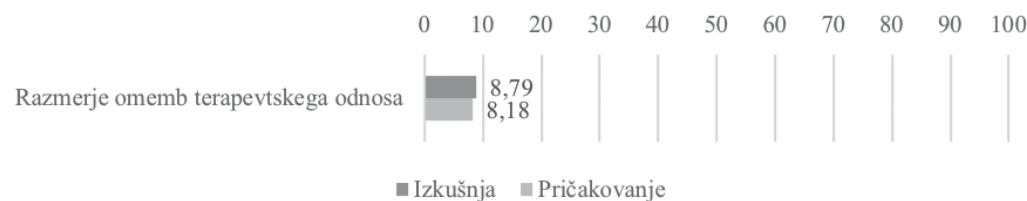


Slika 19:  
Razmerje omemb pozitivnih, negativnih in nevtralnih izkušenj z odnosom



Primerjava obsega omemb terapevtskega odnosa na področju izkušenj in pričakovanj kaže, da se razmerje bistveno ne spreminja. Če bi poskusno sprejeli predpostavko o povezavi števila omemb in pomena, ki ga klienti pripisujejo različnim sestavinam psihoterapevtskega procesa oz. različnim terapevtskim dejavnikom, bi torej lahko sklenili, da vstop v psihoterapevtski proces pri klientih ne poveča pomena psihoterapevtskega odnosa (Slika 20).

Slika 20:  
Razmerje omemb terapevtskega odnosa na področju izkušenj in pričakovanj



### 3.5. Izkušnje s specifičnimi in skupnimi dejavniki

Med značilnostmi psihoterapije se klienti v svojih prispevkih nanašajo na opredelitve psihoterapije, kjer med drugim razglabljajo o različnih komponentah psihoterapevtskega procesa, večino katerih lahko opredelimo kot skupne dejavnike (Tabela 2 in 3). Med pričakovanji glede opredelitev psihoterapije zastavljajo vprašanja pomena ozaveščanja nezavednega in predelovanja preteklosti, med izkušnjami pa opredeljujejo, da je psihoterapija povezovanje sedanosti z vzroki v preteklosti. Predelovanje preteklosti in ozaveščanje nezavednega so specifične značilnosti psihoanalitično usmerjenih smeri (American Psychological Association 2009; Koemeda-Lutz in dr., 2016), v prispevkih klientov pa ene redkih navedenih specifičnih tehnik ali metod. Med specifičnimi tehnikami klienti omenjajo še nevtralnost in opisujejo načela abstinence v psihoterapiji, ki sta prav tako značilnosti psihoanalitičnih pristopov (Woller in Krusse, 2008). Na ravni psihoterapevtovega vedenja se klienti posebej ne ukvarjajo veliko z vprašanji

specifičnih tehnik, razen da izražajo različne preference glede bolj in manj direktivnih tehnik. Nekaterim klientom je bolj všeč in pričakujejo, da je terapevt bolj aktiven in direktiven, da jim svetuje in da ni samo prisoten, medtem ko drugim ni všeč, če govori preveč. Kliente moti, če terapevt govori o sebi ali drugih klientih, med vedenji pa kritizirajo prakso, če jih terapevt v javnosti ne pozdravi in če z njimi ne deli svoje telefonske številke. Klienti med različnimi vrstami psihoterapije omenjajo predvsem individualno in skupinsko ter kot edini pristop posebej izpostavijo razvojno-analitično psihoterapijo. Po teh rezultatih bi najbrž smeli sklepati, da klienti niso posebej pozorni na specifične tehnike psihoterapevtskega dela ter da specifični dejavniki z njihovega vidika niso posebej pomembni.

Tabela 2:  
Omembe specifičnih dejavnikov

Specifični dejavniki	Prisotnost
Specifične psihoterapevtske tehnike	Ozaveščanje nezavednega, predelovanje preteklosti, nevtralnost, abstenenca
Specifični psihoterapevtski teoretični koncepti	Nezavedno, transfer, kontratransfer, erotični transfer
Specifične diagnoze motenj ali težav	/
Specifične razlage motenj ali težav	/
Izobrazba	Psiholog, klinični psiholog, psihiater, psihoterapevt (specializant ali certificiran psihoterapevt)

Tabela 3:  
Omembe skupnih dejavnikov

Skupni dejavniki	Prisotnost
Terapevtski odnos	Ujemanje; stik, povezanost; zaupanje, iskrenost; sočutje, razumevanje, komunikacija, nevezanost
Skupne tehnike in metode	Poslušanje; posvečanje pozornosti; svetovanje, psihoedukacija, usmerjanje; podpora; diagnosticiranje
Terapevtovi dejavniki: osebnost	Poduhovljenost, toplina, srčnost, prijaznost
Ostali terapevtovi dejavniki	Izobrazba, cena, lokacija
Klientovi dejavniki: motiv	Depresivnost, anksioznost; labilnost; nespečnost; težave v odnosih
Značilnosti obravnave	Trajanje, frekvenca
Izobrazba	Samooklicani psihoterapevt

#### 4. Razprava

Ugotavljanje, katere sestavine psihoterapevtskega procesa predstavljajo pomembne dejavnike psihoterapevtskega izida, ima bogato tradicijo (Rosenzweig, 1936; Weiss, 1993; Luborsky in dr., 2002; Silverman, 2005; Duncan in dr., 2010; Klostermann, Mignone in Mahadeo, 2019; Tzur Bitan in Abayed, 2020). Veliko pozornosti je namenjene ugotavljanju, ali so pomembnejši t. i. specifični dejavniki psihoterapevtskega procesa, ki se nanašajo na tehnične in metodične komponente psihoterapevtskega dela, ali skupni dejavniki, ki se enako pojavljajo v različnih psihoterapevtskih pristopih, npr. terapevtski odnos, empatičnost terapevta, skupna pričakovanja, prilagojena obravnava, terapevtovi učinki ipd. (Weinberger, 2014; Brown, 2015; Wampold, 2015). Primerjava rezultatov vsebinske analize klientske izkušnje s teoretičnimi modeli terapevtskih dejavnikov v klientovi perspektivi nakazuje na večji pomen skupnih dejavnikov od specifičnih, struktura klientske izkušnje pa je skladna z modeli skupnih dejavnikov, ki med glavnimi dejavniki izida vpeljujejo terapevtove dejavnike, klientove dejavnike in terapevtski odnos (Laska, Gurman in Wampold, 2014; Wampold in Imel, 2015; Wampold, 2017; Cuijpers in dr. 2019).

Klienti sicer poznajo in prepoznavajo nekatere specifične terapevtske tehnike in koncepte, vendar precej pogosteje opisujejo skupne dejavnike, kot so terapevtski odnos, vsem pristopom skupne tehnike in metode, terapevtovo osebnost in ostale terapevtove dejavnike, kot so vedenje, izobrazba, cena in lokacija, klientov motiv ter trajanje in frekvenca obravnave. Čeprav tudi nekateri modeli skupnih dejavnikov specifične tehnike v obliki razlagalnih in konceptualnih shem nastanka motenj in težav ali delovanja psihoterapije opredeljujejo kot pomembno komponento klientovega pozitivnega pričakovanja (Frank, 1971; Goldfried in Padawer, 1982; Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015; Cuijpers in dr. 2019), kaj takega klienti v svojih izkušnjah in pričakovanjih redko omenjajo. Rezultati lahko kažejo, da klienti specifičnih postopkov in psihoterapevtskih ritualov ne ocenjujejo kot pomembne, da bi o njih pripovedovali znotraj svojih izkušenj s psihoterapijo. Klienti pogosteje kot dejavnik terapevtskega izida poudarjajo tehnike, kot so poslušanje, posvečanje pozornosti, svetovanje, psihoedukacija, usmerjanje in podpora. V primerjavi z nekaterimi specifičnimi psihoterapevtskimi tehnikami in metodami so to preproste intervencije, ki jih lahko razumemo kot osnovne medosebne in odnosne veščine.

Poskusna interpretacija kvantifikacije temelji na predpostavki, da število omemb določenega področja klientske izkušnje odraža pomembnost tega področja za kliente, ker se klienti v svojih opisih in omembah ukvarjajo z vsebinami, ki so za njih pomembne. Primerjava omemb po tem kaže, da je

najpomembnejša sestavina psihoterapevtskega procesa za klienta terapevt, sledita pa mu klient sam in terapevtska obravnava. V primerjavi s terapevtom, klientom in obravnavo, se klienti v svojih prispevkih malo ukvarjajo s psihoterapevtskim odnosom.

Nadaljnja razčlemba razmerja omemb kaže, da je klientom pri terapevtu najpomembnejše njegovo vedenje in da imajo z vedenjem terapevtov predvsem več negativnih in pozitivnih izkušenj, kar bi lahko pogojevalo pomen tega področja. Če so klienti s terapevtovim vedenjem nezadovoljni, je pričakovati, da bo to področje zanje še posebej pomembno. To le deloma potrjuje primerjava pomena, ki ga klienti pripisujejo vedenju terapevta pred vstopom v proces, torej na ravni pričakovanja, in pomena, ki ga klienti vedenju terapevta pripisujejo po vstopu v obravnavo, torej na ravni izkušnje. Terapevtovo vedenje sicer v primerjavi s preostalimi terapevtovimi področji, kot so osebnostne lastnosti, kakovost, priporočila, izobrazba, tarifa in spol, na ravni izkušnje pridobi na pomenu, vendar predstavlja že na ravni pričakovanja najpomembnejše terapevtovo področje.

Razmerje števila omemb nakazuje, da ima pred vstopom v proces relativno večji pomen tudi terapevtova izobrazba, po čemer gre sklepati, da je terapevtova izobrazba klientu oprijemljiva referenčna točka pred vstopom v proces. Zanimivo se zdi, da je med klienti pred vstopom v proces relativno manj pomembno priporočilo ter da se priporočilo kot terapevtovo področje kaže pomembnejše na ravni izkušenj.

Kot najbrž ne bi bilo težko uganiti, razmerje omemb nakazuje, da je na področju psihoterapevtske obravnave klientom najpomembnejši psihoterapevtski izid. Omembe klientske izkušnje pri tem nakazujejo, da je med izidi več pozitivnih kot negativnih ter da so klientom najpomembnejši izidi na področju odnosnega delovanja. Poleg odnosnega delovanja omembe kažejo, da so za kliente pomembni tudi izidi na ravni intrapsihičnega delovanja, predelave preteklih izkušenj in na ravni doseganja uvida. Primerjava števila omemb na področju izkušenj in pričakovanj kaže zanimivo usklajenost v razmerju izkušenj in pričakovanj negativnega in pozitivnega izida. Približno toliko več, kot klienti pričakujejo pozitivnih izidov, približno o toliko več pozitivnih izidih poročajo na ravni izkušnje. Povezanost je lahko naključna, lahko pa bi potrejevala teoretične konceptualizacije in že obstoječe empirične ugotovitve, da pričakovanje izida vpliva na dejanski psihoterapevtski izid (Weinberger in Rasco, 2007; Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015; Mulder, Murray in Rucklidge, 2017; Constantino in dr. 2018; Cuijpers in dr. 2019).

Zanimivi so rezultati na področju klientske izkušnje s terapevtskim odnosom. Terapevtski odnos sprejemamo kot enega najpomembnejših

terapevtskih dejavnikov, ki kritično vpliva na izid obravnav (Miller in Schuckard, 2013; Brown, Scholle in Azur, 2014; Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015; Mulder, Murray in Rucklidge, 2017; Cuijpers in dr. 2019; Larsson in dr. 2019). Terapevtski odnos združuje skupne terapevtske dejavnike, ki po ugotovitvah raziskav pomembno in konsistentno doprinašajo k terapevtski spremembi in spodbujajo napredek v obravnavi, na primer terapevtsko zvezo, empatijo, sodelovanje, strinjanje glede ciljev, pozitivno sprejemanje, podporo, potrjevanje, osebno kongruenco in medsebojno iskrenost klienta in terapevta, njuno povezanost, zaje-manje klientove povratne informacije, popravljanje motenj v terapevtski zvezi itn. (Norcross in Lambert, 2014). Obseg omemb terapevtskega odnosa pa je v razmerju do preostalih treh glavnih področij (terapevt, klient in obravnave) relativno majhen ter ne presega ene desetine vseh omemb in opisov na ravni klientske izkušnje in na ravni klientskega pričakovanja. Če bi po deležu omemb sklepali o pomenu, ki ga imajo posamezni terapevtski dejavniki za klienta, bi lahko sklenili, da klienti terapevtskega odnosa nimajo za pomembnega ter da se to ne spremeni niti v vstopom v psihoterapevtski proces. Po vstopu v psihoterapevtski proces pa imajo klienti, če bi sodili po številu omemb, s terapevtskim odnosom več negativnih kot pozitivnih izkušenj, največ pa je nevtralnih. Ker je terapevtski odnos v svoji definiciji opredeljen kot čustveno nabit odnos (Wampold in Imel, 2015), je razmerje nevtralnih omemb prav tako zanimivo.

Zakaj klienti redko eksplicitno opisujejo ali omenjajo terapevtski odnos, morda lahko pojasni pregled študij, ki raziskujejo klientski pogled, doživljanje in zaznavanje na področju terapevtskega odnosa. Rezultati teh raziskav kažejo, da klienti prepoznavajo in tudi zaznavajo komponente terapevtskega odnosa, vendar jih samo ne povezujejo v koncept terapevtskega odnosa. Med temi komponentami so na primer občutek terapevtove nege in skrbi, občutek podpore, občutek varnosti, naklonjenost terapevta, empatičnost terapevta, biti poslušan in slišan s strani terapevta, biti razumljen, biti podprt in spodbujan ter nekatere terapevtove lastnosti, kot so prijaznost, toplina, skrbnost (Cooley in Lajoy, 1980; Thompson, 2003; Ward, Linville in Rosen, 2007; Bachelor, 2013; Olivera in dr. 2013; Ramjan in Fogarty, 2019). Te sestavine terapevtskega procesa so v pričujoči analizi klientske izkušnje umeščene na področja terapevtovega vedenja in terapevtovih lastnosti. Da gre za prekrivne pojave, katerih kategorizacija je povsem arbitrarna, že predhodno opozarja več avtorjev (Lambert in Barley, 2001; Fife, 2014; Brown, 2015; Lundh, 2017). Če te sestavine terapevtskega procesa premestimo na področje odnosa, rezultati potrjujejo ugotovitve nekaterih predhodnih avtorjev, da klienti kot komponente odnosa poudarjajo nekoliko drugačne pojave, kot jih običajno sestavljamo v teoretične modele, na primer sodelovanje in vzajemnost. Klientom so pomembni predvsem prijaznost, podpora,

poslušanje, razumevanje, hkrati pa sebe opredeljujejo kot manj pomemben člen odnosa, ampak so pozorni predvsem na to, kaj počne in govori terapevt (Mohr in Woodhouse, 2001; Bedi, Davis in Williams, 2005; Fitzpatrick in dr., 2006; Viklund, Holmqvist in Zetterqvist Nelson, 2010). Klienti poleg tega tudi nekajkrat poudarijo ujemanje klienta s terapevtom ter pomen dobrega odnosa med njima.

Ti rezultati potrjujejo sodobne smernice psihoterapevtskega dela, da se velja v razvoju psihoterapevtskih veščin posvečati predvsem kapaciteti psihoterapevta za vzpostavitev kakovostnega psihoterapevtskega odnosa (Banerjee in Basu, 2016; Miciak in dr., 2018; Steel, Macdonald in Schroder, 2018). Psihoterapija je medosebni proces, zato terapevtski odnos sprejemamo kot enega ključnih terapevtskih dejavnikov, v katerem se odvijata temeljna korektivna izkušnja in implicitno izkušnjsko učenje klienta. Povezanost med terapevtskim odnosom in terapevtskim izidom zaznavajo različne raziskovalne perspektive z relevantnimi velikostmi učinka v primeru ocenjevanja opazovalca, terapevta ali klienta (Lambert in Barley, 2001; Norcross, 2010; Heinonen in dr. 2014).

K vzpostavljanju terapevtskega odnosa in posledično k terapevtskemu izidu pri tem pomembno doprinašajo terapevtove osebnostne značilnosti in veščine (Russell in dr., 2020). Pri raziskovanju odnosa med terapevtom in klientom včasih težko konceptualno razlikujemo med terapevtovimi dejavniki, kot so terapevtov slog povezovanja in njegove značilnosti in medosebne veščine, ki delujejo kot dejavniki samega odnosa, na primer empatičnost, toplina in kongruentnost (Lambert in Barley, 2001). Da so terapevtove osebnostne lastnosti pomembne, potrjuje vsebinska analiza klientske izkušnje, vendar ne daje širokega nabora lastnosti, ki so pomembne: toplina, srčnost, razumevanje, prijaznost ipd. Predhodne študije navajajo večji obseg terapevtovih lastnosti, ki pomembno vplivajo na razvoj terapevtskega odnosa, na primer fleksibilnost, izkušnost, poštenost, spoštljivost, zaupljivost, samozavest, zanimanje, prijaznost, toplina, odprtost, pozornost, empatija, pozitivno sprejemanje, iskrenost (Russell in dr., 2020). Iz navedenega lahko potrdimo, da se velja pri delu s klienti osredotočiti na zelo osnovne medosebne vidike terapevtskega procesa.

## 5.

### Zaključek

Vprašanje, kaj v psihoterapiji deluje, nas že desetletja nagovarja k snovanju različnih predpostavk o dejavniki psihoterapevtskega izida. Medicinski model predpostavlja, da so ključni dejavniki specifične klinične tehnike in metode, ki jih moramo empirično identificirati in razvijati. Model skupnih dejavnikov predpostavlja, da so najbolj kritični dejavniki psihoterapevtskega izida skupni različnim pristopom, ker med različnimi psihoterapevtskimi pristopi večinoma

ne ugotavljamo konsistentnih razlik v učinkovitosti.

Nekatere raziskave se v ugotavljanju, kako izboljšati psihoterapevtsko učinkovitost ter izide obravnav, obračajo na kliente. Obetamo si, da bomo tako zajeli ključne podatke, s katerimi bomo lahko optimizirali koncepte kliničnega delovanja in teoretične modele. Sama z analizo izkušenj slovenskih klientov s psihoterapijo ugotavljam področja, ki jim ti v forumskih diskusijah namenjajo največ pozornosti in jih na podlagi tega predpostavljam kot pomembne sestavine psihoterapevtskega procesa, s tem pa pomembne dejavnike psihoterapevtskega izida.

Rezultati raziskave so skladni z modelom skupnih dejavnikov, ki predpostavlja, da specifične psihoterapevtske metode in tehnike niso ključni dejavnik izida. Kategorizacija klientske izkušnje potrjuje strukturo dejavnikov terapevtskega izida, ki jo poznamo iz kontekstualnega modela in drugih modelov skupnih dejavnikov: Pomembne sestavine psihoterapevtskega procesa z vidika klientov so terapevt, obravnava (z običnimi terapevtskimi metodami), terapevtski odnos in klient sam. Poskusna kvantifikacija rezultatov pri tem nakazuje, da je klientom najpomembnejša sestavina procesa terapevt s svojim vedenjem in lastnostmi ter da v terapevtovem ravnanju opažajo predvsem splošna medčloveška dejanja, kot so poslušanje, svetovanje, pomoč, podpora, pozdravljanje, dosegljivost po telefonu, govorjenje ipd. Klienti med opisi terapevtovega vedenja redko omenjajo specifične tehnike. Čeprav poskusna kvantifikacija kaže, da relativno redko eksplicitno omenjajo odnos, pogosto poročajo o izkušnjah s terapevtom, katerega dejanja in lastnosti so temeljne komponente terapevtskega odnosa.

Ob sprejemanju rezultatov raziskave moramo upoštevati pomembne omejitve, ki se nanašajo na specifične pridobivanja in analize podatkov. Analiza je opravljena zgolj na enem segmentu slovenske populacije, zato rezultati nujno ne odražajo izkušenj splošne populacije. Anonimnost spletnih forumov lahko na eni strani spodbudi izražanje resničnih socialno nezaželenih vsebin, na drugi strani pa tudi izražanje neresničnih ali hiperboličnih vsebin z različnimi nameni, kot sta provokacija in sproščanje čustvene napetosti. Kodiranje in kategoriziranje sta kot metoda analize subjektivni tehniki, povrženi pristranskosti raziskovalca. Zlasti pri kompleksnih in večplastnih pojavih kategoriziranje zaznamuje visoka stopnja arbitrarnosti in lahko odraža zgolj eno od alternativnih rešitev. Pristranskost in arbitrarnost bi lahko v prihodnjih podobnih raziskavah blažili s sodelovanjem več avtorjev pri obdelavi podatkov.

Raziskava prinaša tudi nekatere prednosti, ki so pogojene z anonimnostjo in odsotnostjo vpliva raziskovalca na samo nastajanje raziskovalnega materiala. Naturalistično raziskovanje omogoča dostop do izvirne necenzurirane uporabniške izkušnje.

## Literatura

- Ahn, H. in Wampold, B. E. (2001). Where of where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counselling and psychotherapy. *Journal of consulting psychology*, 48(1), 151–257.
- American Psychological Association (2012). *Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness*. American Psychological Association. Pridobljeno z <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx> (19. 7. 2020).
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences, and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118–135.
- Banerjee, P. in Basu, J. (2016). Therapeutic relationship as a change agent in psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of humanistic psychology*, 56(2), 171–193.
- Bedi, R. P., Davis, M. D. in Arvay, M. A. (2005). The client's perspective on forming a counselling alliance and implications for research on counsellor training. *Canadian journal of counselling*, 39(1), 71–85.
- Brown, J. (2015). Specific techniques vs. common factors? Psychotherapy integration and its role in ethical practice. *American journal of psychotherapy*, 69(3), 301–316.
- Brown, J., Scholle, S. H. in Azur, M. (2014). *Strategies for measuring the quality of psychotherapy: a white paper to inform measure development and implementation*. Washington: Mathematica Policy Research.
- Constantino, M. J., Vislă, A., Coyne, A. E. in Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–489.
- Cooley, E. J. in Lajoy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of clinical psychology*, 36(2), 562–570.
- Cuijpers, P., Reijnders, M. in Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 207–231.
- Černetič, M. (2018). *Kvalitativne raziskovalne metode v psihoterapiji*. Ljubljana: SFU Ljubljana.
- de Beurs, E., den Hollande Gijsman, M. E., van Rood, Y. R., Van der Wee, N. J., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., ... in Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 1–12.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. in Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: delivering what works in therapy*. New York: American Psychological Association.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychotherapy research*, 18(3), 239–242.
- Elliott, R. in James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical psychology review*, 9(4), 443–467.
- Fife, S. T., Whiting, J. B., Bradford, K. in Davis, S. (2014). The therapeutic pyramid: A common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being. *Journal of marital and family therapy*, 40(1), 20–33.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M. in Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-explorational spiral. *Psychotherapy research*, 16(2), 486–498.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 25(3), 350–361.
- Gelo, O. C. G. in Manzo, S. (2015). Quantitative approaches to treatment process, change process, and process-outcome research. V Gelo, O. C.G., Pritz, A. in Rieken, B. (ur.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome* (str. 247–277). Dunaj: Springer-Verlag Wien.
- Gelo, O. C. G., Pritz, A. in Rieken, B. (2015). Preface. V Gelo, O. C.G., Pritz, A. in Rieken, B. (ur.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome* (str. v–ix). Dunaj: Springer-Verlag Wien.
- Goldfried, M. R. in Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. V Goldfried, M. R. (ur.), *Converging themes in psychotherapy: trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice* (str. 3–50). New York: Springer.

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. in Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155–163.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T. in Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(6), 475–494.
- Holtz, P., Kronberger, N. in Wagner, W. (2012). Analyzing internet forums. *Journal of media psychology*, 24(2), 55–66.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. in Miller, S. D. (1999). Introduction. V Hubble, M. A., Duncan, B. L. in Miller, S. D. (ur.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (str. 23–46). New York: American Psychological Association.
- Klostermann, K., Mignone, T. in Mahadeo, M. (2019). The truth about what works in psychotherapy. *Journal of psychology and clinical psychiatry*, 10(1), 57–58.
- Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Tschuschke, V., Schulthess, P. in von Wyl, A. (2016). Therapists' interventions in different psychotherapy approaches: category and temporal aspects. *International body psychotherapy journal*, 15(2), 37–65.
- Lambert, M. J. in Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357–362.
- Lambert, M. J. in Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. V Lambert, M. J. (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (str. 139–193). New York: John Wiley & Sons.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. in Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–487.
- Lin, Y. N. (2016). The framework for integrating common and specific factors in therapy: a resolution. *International journal of psychology and counselling*, 8(7), 81–95.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., ... in Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical psychology: science and practice*, 9(1), 2–12.
- Lundh, L. G. (2017). Relation and technique in psychotherapy: two partly overlapping categories. *Journal of psychotherapy integration*, 27(1), 59–63.
- Maeschalck, C. L., Prescott, D. S. in Miller, S. D. (2019). Feedback informed treatment. V Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 105–122). New York: Oxford.
- McAlevey, A. in Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: common and unique factors. V Gelo, O. C.G., Pritz, A. in Rieken, B. (ur.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome* (str. 293–310). Dunaj: Springer-Verlag Wien.
- McElvaney, J. in Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and psychotherapy research*, 13(4), 246–253.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S. in Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8(1), 3–12.
- Mirks, M. in Mills, J. (2015). *Grounded theory: a practical guide*. Los Angeles: Sage.
- Miller, S. D., Bargmann, S., Chow, D., Seidel, J. in Maeschalck, C. (2016). Feedback-informed treatment (FIT): improving the outcome of psychotherapy one person at a time. V O'Donohue, W. in Maragakis, A. (ur.), *Quality improvement in behavioral health* (str. 247–262). New York: Springer.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. in Chow, D. (2017). Professional development: from oxymoron to reality. V Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. in Wampold, B. E. (ur.), *The cycle of excellence: using deliberate practice to improve supervision and training* (str. 23–48). New York: Wiley.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. in Chow, D. (2020). *Better results: using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness*. New York: American Psychological Association.

- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. in Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy*, 52(4), 449–458.
- Miller, S. in Schuckard, E. (2016). Results from RCT's and meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback Psychometrics of the ORS and SRS. Dostopno na <https://www.slideshare.net/scotttmiller/measures-and-feedback-2016> (21. 7. 2020).
- Mohr, J. J. in Woodhouse, S.S. (2001). Looking inside the therapeutic alliance: Assessing clients' visions of helpful and harmful psychotherapy. *Psychotherapy bulletin*, 36(3), 5–16.
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The lancet psychiatry*, 4(12), 953–962.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. V Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. in Hubble, M. A. (ur.), *The heart and soul of change: delivering what works in therapy* (str. 113–142). Washington: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: closing commentary. *Psychotherapy*, 51(3), 398–403.
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J. M. in Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505–521.
- Pachankis, J. E. in Goldfried, M. R. (2007). An integrative, principle-based approach to psychotherapy. V Hofmann, S. G. in Weinberger, J. (ur.), *The art and science of psychotherapy* (str. 49–68). London: Routledge.
- Prescott, D. S., Maeschalck C. L. in Miller, S. D. (2017). *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. New York: American Psychological Association.
- Radcliffe, K., Masterson, C. in Martin, C. (2018). Clients' experience of non-response to psychological therapy: a qualitative analysis. *Counselling and psychotherapy research*, 18(2), 220–229.
- Ramjan, L. M. in Fogarty, S. (2019). Clients' perceptions of the therapeutic relationship in the treatment of anorexia nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Australian journal of primary health*, 25(1), 37–42.
- Rodgers, B. (2003). An Exploration into the client at the heart of therapy: a qualitative perspective. *Person-centered & experiential psychotherapies*, 2(1), 19–30.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*, 6(3), 412–421.
- Russell, K. A., Swift, J. K., Penix, E. A. in Whipple, J. L. (2020). Client preferences for the personality characteristics of an ideal therapist. *Counselling psychology quarterly*, 13(3), 1–17.
- Schuckard, E., Miller, S. D. in Hubble, M. A. (2017). Feedback-informed treatment: Historical and empirical foundations. V D. S. Prescott, C. L. Maeschalck in S. D. Miller (ur.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence* (str. 13–35). Philadelphia: American Psychological Association
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.
- Sherwood, T. (2001). Client experience in psychotherapy: What heals and what harms?. *Indo-Pacific journal of phenomenology*, 1(2), 1–16.
- Silverman, D. K. (2005). What works in psychotherapy and how do we know? What evidence-based practice has to offer. *Psychoanalytic psychology*, 22(2), 306–324.
- Someah, K., Edwards, C. in Beutler, L. E. (2017). Schools and Approaches to Psychotherapy. V Robazza, C., & Ruiz, M. C. (ur.), *Oxford research encyclopedia of psychology* (str. 236–245). Oxford: Oxford University Press.
- Steel, C., Macdonald, J. in Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of clinical psychology*, 74(1), 5–42.
- Stiles, W. B. in Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 62(5), 942–956.

- Thompson, C. (2003). *Clients' perceptions of the therapeutic relationship and its role in outcome*. Lethbridge.: University of Lethbridge.
- Tompkins, K. A. in Swift, J. K. (2014). Psychotherapy process and outcome research. V Cautin, R. L. in Lilienfeld, S. O. (ur.), *The encyclopedia of clinical psychology* (str. 1–7). New York: John Wiley & Sons.
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D; Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy research*, 13(4), 401–413.
- Tschacher, W., Junghan, U. M. in Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy—results of an expert survey. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 82–96.
- Tzur Bitan, D., in Abayed, S. (2020). Process expectations: differences between therapists, patients, and lay individuals in their views of what works in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 20–30.
- Viklund, E., Holmqvist, R. in Zetterqvist Nelson, K. (2010). Client-identified important events in psychotherapy: interactional structures and practices. *Psychotherapy research*, 20(2), 151–164.
- Wampold, B. E. (2000). Outcomes of individual counseling and psychotherapy: empirical evidence addressing two fundamental questions. V Brown, S. D. in Lent, R. W. (ur.), *Handbook of counseling psychology* (str. 711–739). New York: John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and preventive psychology*, 10(2), 69–86.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wampold, B. E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. V Rousmaniere, T. Goodyear, R. K., Miller, S. D. in Wampold, B. E. (ur.), *The cycle of excellence: using deliberate practice to improve supervision and training* (str. 49–65). New York: Wiley-Blackwell.
- Wampold, B. E. in Bhati, K. S. (2004). Attending to the omissions: a historical examination of evidence-based practice movements. *Professional psychology: research and practice*, 35(6), 563.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the research evidence for what works in psychotherapy*. New York: Routledge.
- Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2019). Integration of common factors and specific ingredients. V Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 69–87). Oxford: Oxford University Press.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. in Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, all must have prizes. *Psychological bulletin*, 122(3), 203–236.
- Ward, M. R., Linville, D. C. in Rosen, K. H. (2007). Clients' perceptions of the therapeutic process: A common factors approach. *Journal of couple & relationship therapy*, 6(3), 25–43.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy*, 51(4), 514–518
- Weinberger, J. L. in Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. V Hofmann, S. G., Weinberger, J. L. (ur.), *The art and science of psychotherapy* (str. 103–129). New York: Routledge.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: process and technique*. New York: Guilford Press.
- Woller, W., Kruse, J. in Rudolf, G. (2008). *Tiefenpsychologisch fundierte psychotherapie*. Berlin: Schattauer.