

Miran Možina¹

Mladostniška in odrasla leta ptiča Dodo: razvoj teorije skupnih dejavnikov od prvih metaanaliz do Schiepkovega sinergetičnega nelinearnega dinamičnega modela

The Dodo's adolescence and adulthood: the development of common factors theory from first meta-analyses to Schiepek's synergetic nonlinear dynamic model

Vsaka resnica gre skozi tri faze:

v prvi jo zasmehujejo,

v drugi ji agresivno nasprotujejo,

v tretji pa jo sprejmejo kot samoumevno.

(Schopenhauer v Wampold in dr., 2001, str. 268)

Povzetek

Potem ko sem v predhodnem članku opisal Dodova zgodnja leta, to je razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankovega kontekstualnega modela, tokrat nadaljujem s pregledom Dodovih mladostniških in odraslih let, ki se raztezajo od prvih metaanalitičnih raziskav o učinkovitosti psihoterapije do Schiepkovega nelinearnega dinamičnega modela. Tretja faza raziskovanja psihoterapije (med letoma 1970 in 1983) je prinesla velike izboljšave raziskovalne metodologije, ki so omogočile kakovostnejše preučevanje terapevtskega odnosa in razvoj metaanaliz, ki so potrdile visoko splošno učinkovitost psihoterapije. Po eni strani so se intenzivirala prizadevanja za standardizacijo psihoterapevtskih intervencij, po drugi strani pa je Dodo spodbudil prizadevanja za integracijo psihoterapevtskih pristopov in razvoj transteoretičnih modelov. V četrti fazi (od leta 1984 do danes) je tako v psihoterapevtski znanosti kot tudi klinični praksi prišlo do paradigmatških premikov, npr. do prehoda od empirično podprtih terapij k na izsledkih temelječi praksi in na praksi temelječih izsledkov ter do razcveta integrativnih in transdiagnostičnih pristopov. Razvoj

¹ Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, SFU Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

različnih konceptualizacij skupnih dejavnikov in njihovo empirično potrjevanje je Dodu omogočilo vstop v odrasla leta, tako da je v okviru Wampoldovega kontekstualnega modela prispeval k preseganju dihotomije med terapevtskim odnosom in tehnikami. Schiepekov sinergetični nelinearni dinamični model pa omogoča vpogled v dinamiko interakcij med skupnimi in specifičnimi dejavniki. Psihoterapevtska znanost in klinična praksa sta od svojih začetkov do danes, tudi zahvaljujoč Dodovi pomoči, dosegli visoko stopnjo razvoja. Na osnovi obilja kliničnih in raziskovalnih izsledkov psihoterapevtom različnih pristopov ponuja možnost paradigmatskega preskoka v novo, bolj integrirano razumevanje psihoterapevtske stroke kot samostojnega poklica, v učinkovitejše in uspešnejše oblike klinične prakse in preventive ter v celovitejše, didaktično naprednejše oblike izobraževanja. Hkrati pa Dodo onkraj različnih psihoterapevtskih šol kot meta integrator ponuja vizijo širše integracije znanosti in prakse (model znanstvenika praktika), biološkega, psihološkega in socialnega, kvantitativne in kvalitativne metodologije, nomotetičnosti in idiografičnosti, teoretičnih razlag in kliničnega razumevanja, personalizirane medicine in psihoterapije ter medicinskega in kontekstualnega modela.

Ključne besede: terapevtski proces in izid, učinkovitost, uspešnost, metaanaliza, Dodo učinek, skupni in specifični dejavniki, empirično podprte terapije, na izsledkih temelječa praksa, na praksi temelječi izsledki, integracija, transdiagnostični pristopi, kontekstualni model, znanost o kompleksnosti, sinergetika

Abstract

After describing the Dodo's early years (the development of common factor theory from Rosenzweig to Frank's contextual model) in a previous article, I continue with a review of the Dodo's adolescence and adulthood, ranging from the first meta-analytical research on the effectiveness of psychotherapy to Schiepek's nonlinear dynamic model. The third phase of research in psychotherapy (between 1970 and 1983) brought major improvements in research methodology, which enabled better studies of the therapeutic relationship and the development of meta-analyses that confirmed the high general efficacy of psychotherapy. On the one hand, efforts to standardize psychotherapeutic interventions intensified, while on the other hand, the Dodo encouraged efforts to integrate psychotherapeutic approaches and develop transtheoretical models. In the fourth phase (from 1984 to the present), paradigmatic shifts have occurred in both psychotherapeutic science and clinical practice, including for instance the shift from empirically supported therapies to evidence-based practice and practice-based evidence, and to the flourishing of integrative and transdiagnostic approaches. The development of various conceptualizations of common factors and their empirical validation allowed the Dodo to enter

adulthood by contributing, within Wampold's contextual model, to overcoming the dichotomy between therapeutic relationship and techniques. Schiepek's synergetic nonlinear dynamic model, however, provides insight into the dynamics of interactions between common and specific factors. Thus, psychotherapeutic science, from its beginnings in the 1920s until today, has reached a higher level of development with the help of the Dodo. Based on the abundance of clinical evidence and research findings, psychotherapy science now offers to practitioners of different approaches the possibility of a paradigmatic leap into a new, more integrated understanding of the profession of psychotherapy as an independent profession, into more efficient and effective forms of clinical practice and prevention as well as more comprehensive, didactically advanced forms of training. The Dodo goes beyond any particular psychotherapeutic school. As a meta-integrator it offers a vision for the broader integration of science and practice, biological, psychological and social, quantitative and qualitative methodology, nomotheticity and idiography, personalized medicine and psychotherapy and of the medical and contextual models.

Key words: therapeutic process and outcome, efficacy, effectiveness, meta-analysis, Dodo effect, common and specific factors, empirically supported therapies, evidence-based practice, practice-based evidence, integration, transdiagnostic approaches, contextual model, science of complexity, synergetics

Extended abstract

1.

Introduction

In my previous article, I presented the Dodo's birth and childhood, that is, the development of the theory of common factors from Rosenzweig to Frank's contextual model (Možina, 2020a). In this article, in the frame of the third and fourth stages of psychotherapy research by Braakman (2016, p. 39) the Dodo's adolescent and adult years will be described, during which the Dodo traversed the path from the first meta-analyses about the effectiveness of psychotherapy over Wampold's contextual model (2015) to Schiepek's synergetic nonlinear dynamic model (Schiepek, Aas & Viol, 2016).

2. **The third phase of research in psychotherapy (1970-1983): the adolescence of the Dodo bird**

This phase brought major improvements to research methodology, which also contributed to the Dodo's adolescent development (see Figure 1). Kiesler (1966, 1973, 1982, 1983) with the "Interpersonal Circumplex Model" (IPC), Impact Message Inventory (IMI) and Checklist of Interpersonal Transactions (CLOIT) designed a new conceptual and methodological base for the examination of the therapeutic relationship (see also Locke, 2006). The results of meta-analyses of a large number of outcome studies also demonstrated the high efficacy of psychotherapy. In this way Eysenck's 1952 critique about the futility of psychotherapy was finally refuted (Eysenck, 1952).

2.1. **The first meta-analyses on the effectiveness of psychotherapy**

In 1977, the American statisticians, Gene Glass, who was the first to use the term meta-analysis (Glass, 1976), and his wife Mary Lee Smith in an article (Smith and Glass, 1977) and later in 1980 in their book (Smith, Glass & Miller, 1980) confirmed the conclusions of Luborsky and co-workers (Luborsky et al., 1975) with a much larger and more systematic review of 375 controlled trials of psychotherapy involving about 50,000 participants. Based on a comparison between psychotherapeutically treated and non-treated control groups, they determined the magnitude of the effect of psychotherapy to be .80 (effect size).

Due to the wide range of different psychotherapeutic approaches, the number of which increased dramatically in the third phase of psychotherapy research - in 1959 there were 36, in 1976 130, and in 1979 more than 200 (Prochaska & Norcross, 2003) - after confirming the effectiveness of psychotherapy, the question of which approaches were more effective became more and more acute (or, more precisely, which psychotherapeutic approaches were effective "for whom", and for which type of problem).

2.2. **Efforts to standardize psychotherapeutic interventions**

Ambitions to establish randomized controlled trials and standardized therapeutic procedures in psychotherapy similar to medicine significantly marked this phase (Desmet, 2013). In addition to meta-analyses, the key components of evidence-based medicine (EBM) became clinical epidemiological studies, systematic reviews, clinical research, cost / effectiveness analyses and decision-making analyses (Ščuka, 2005).

Many researchers of psychotherapy were encouraged to prove that their psychotherapeutic approach or method, similar to that which had succe-

eded in pharmacology for healing chemical compounds, was more effective than others. The main feature of these efficacy studies, as they were also called, compared to the quasi-experimental models, was the random identification of participants in the experimental and control groups, multisite design and realization in extremely controlled conditions with efforts to exclude the placebo effect.

2.3. **Dodo's verdict gets new advocates**

However, the Dodo made these efforts to establish randomized controlled research as the gold standard for proving the superiority of a particular psychotherapeutic approach more and more complicated. So already Smith, Glass and Miller (1980) in their study, which compared the effectiveness of different psychotherapeutic approaches (cognitive, CBT, psychodynamic, humanistic and developmental), did not find statistically significant differences.

Allen Bergin and Sol Garfield arguably with their first, but certainly with the second and third editions of *the Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin & Garfield, 1971, 1978, 1986) in a surprisingly comprehensive way covered a diversity of events and streams in the psychotherapeutic community. Thus they launched the long term project for up to date monitoring and reporting on the development and progress of psychotherapy research until today, when there is currently the sixth edition (Lambert, 2013b) and the seventh is planned in the year 2021.

2.4. **Efforts for the integration of psychotherapeutic approaches and for transtheoretical models**

In 1982, Marvin Goldfried published a book entitled *Converging Themes in Psychotherapy* (Goldfried, 1982), in which he collected contributions from various authors advocating common factors, and himself singled out five common strategies or principles: corrective experiences and new behaviour, therapist feedback that promotes new client understanding, expectations that psychotherapy will be helpful, the development of the desired therapeutic relationship, and verification of reality by the client. At the same time, he distinguished between three levels of psychotherapeutic interventions: a) theories of change (therapist's theories of how change occurs), b) principles or strategies of change, and c) therapeutic techniques (interventions that therapists anticipate to be effective).

In the late 1970's, Prochaska and co-workers began the development of the *transtheoretical model of (behavioural) change* that continues to this day (Prochaska & DiClemente, 1982). Since the late 1960's, when cognitive therapist Arnold Lazarus introduced the concept of technical eclecticism (Lazarus, 1967), it has

become increasingly popular (Garfield, 1982, 1992, 1995). A clear sign that within the psychotherapeutic community eclecticism and integration were becoming more and more popular was the establishment of The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) in 1983. This predicted a qualitative shift to the new phase of psychotherapy research and to the rising importance of the common factors theory.

3. The fourth phase of psychotherapy research

(from 1984 to the present): the adulthood of the Dodo bird

The fourth phase is characterised by the intensive development of process and process-outcome research using qualitative and mixed quantitative-qualitative methodology, multiplication of integrative and transdiagnostic approaches, bridging the gap between research and practice (Orlinsky, 1994; Luborsky, 1994), studying client and therapist factors and their interactions (for a comprehensive review, see Norcross and Lambert, 2019; Norcross and Wampold, 2019; Duncan, 2014), context (e.g., Wampold & Imel, 2015), failed treatments (e.g., Detert et al., 2006; Hersoug, 2010), multiculturalism (e.g., Marsella & Pedersen, 1986; Dwairy, 2006; Gielen, Draguns & Fish, 2008; Sue, Gallardo & Neville, 2014), gender and new forms of gender identities and sexuality (Maguire, 2004; DeBord et al., 2017). The most pronounced common finding of this phase, which has been confirmed by quantitative, qualitative and mixed studies, is that the greatest impact on the outcome has certain common factors: client, therapist, therapeutic alliance, feedback and general effects of models or techniques. Thus, the Dodo entered adulthood and brought with it a new, interdisciplinary framework that allows for paradigmatic changes in both psychotherapy science and clinical practice.

3.1. Paradigmatic shifts in the fourth phase of psychotherapy research

In the fourth phase, there have been paradigmatic developments at all levels - from the micro level in terms of understanding and using therapeutic techniques and methods, through the meso level, where there is an increasing integration between different approaches, to the macro level, where there is a growing need for interdisciplinary cooperation of psychotherapy with other fields (e.g. neuroscience) (Grawe, 2004, 2005; Schiepek, 2011), with the application of transdisciplinary theories (e.g. second and third order cybernetics, theory of self-organization and nonlinear dynamics of complex systems, synergetics, chaos theory) (Schiepek, 1996, 1999, 2008; Haken and Schiepek, 2006) and for the shift from an objectivist, (post)positivist stance to a new para-

digm, which various authors call by different names, e.g. constructivist-interpretive (Kordeš, 2004; Šugman Bohinc, 2010), cybernetic epistemological (Barnes, 1994; Možina, 2010; Bateson, 2019), hermeneutic phenomenologically transformative (Černigoj, 2003, 2007), ecological (Tramonti, 2018), contextual (Wampold & Imel, 2015) and others.

3.2. Transition from empirically supported therapies to evidence-based practice

In the mid 1990's, a special working group of the Section of Clinical Psychology of the American Psychological Association (APA) (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) selected 25 psychotherapeutic approaches for certain mental disorders (e.g. anxiety disorders, depression, bulimia, enuresis, etc.) which met the criteria for classification as empirically supported therapies (EST) (Chambless et al., 1996 1998; Chambless & Hollon, 1998; Chambless, 1999; Chambless & Ollendick, 2001). Since they met the criteria required by randomized controlled trials, they convinced the medical circles, so that psychotherapy was accepted as a form of treatment of mental disorders into the US health care system (Barlow, 2004; Wampold, 2010).

As some of the EST in naturalistic conditions were not found to be successful, the APA in 2006 established a new working group to develop *evidence-based practice (EBP)*, which was defined as "the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences" (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273). It is therefore important to distinguish between EST, which uses controlled studies to investigate how a particular approach works on a particular disorder (e.g. CBT on anxiety disorders), and the broader concept of EBP, which highlights the client's individual and sociocultural characteristics and a wide range of research (including controlled studies) that help the therapist best to work effectively (e.g., in psychological testing, case formulation, developing a therapeutic relationship, clinical decision making, use of interventions). EBP is a starting point for "what works for whom" (Norcross & Wampold, 2011), or for the adjustment of the therapy to clients' and therapists' characteristics and to the cultural and social context in which therapy takes place (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019).

As the limitations and deviations of theory-based approaches became more and more apparent (Barnes, 1994, 2002), "practice-based evidence" (PBE) began to gain ground (see e. g., Margison et al., 2000; Barkham & Margison, 2007; Green & Latchford, 2012), which allows for more individualized treatment without mandatory methods and techniques, generally accepted

prescriptions and theories about the causes of problems and the reasons that led people to treatment. The PBE model is evolving more and more thanks to advances in ways of systematic collection of feedback (Lambert, 2010), which I will report on in more detail below.

3.3. **The rise of integrative and transdiagnostic approaches**

In the 1990's, the number of publications on psychotherapeutic integration increased steadily, with the number of therapists who defined themselves as eclectic / integrative also increasing. In 1991, SEPI began publishing its own journal, the *Journal of Psychotherapy Integration*, which, together with congress activities, contributed to the expansion of the integrative movement around the world (Norcross & Goldfried, 2005), including Europe, where the European Association of Integrative Psychotherapy (EAIP) was established. In 1992, Norcross and Goldfried edited the first edition of the *Handbook of Psychotherapy Integration*, followed in 1993 by the book entitled *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (Stricker & Gold, 1993).

Part of the integration trend is the development of various transdiagnostic approaches, including modular forms, based both on the theory and practice manuals, and seeking to influence the factors of a higher order (e.g. the regulation of emotions) that are common to different mental disorders, such as mood disorders (Barlow et al., 2011) or eating disorders (Fairburn et al., 2008, 2009).

Norcross and Goldfried (2005) distinguish four modes of integration: integration based on common factors, assimilative integration, theoretical integration and technical eclecticism. Karmen Urška Modic (2019, pp. 14-30) following Norcross and Goldfried (2005) emphasizes that integrative and transdiagnostic approaches derive largely from research on the effectiveness of common factors and classifies them into six models: transtheoretical model (Prochaska & DiClemente, 1982), contextual model (Wampold & Imel, 2015), context-responsive psychotherapy integration (Constantino et al., 2013), case formulation approach (Eels, 2007), memory reconsolidation model (Hardt, Einarsson & Nader, 2010) and evidence-based model (already mentioned).

It is worth pointing out that the Dodo's understanding of integration is very broad. It encompasses the integration of the following dimensions beyond defined psychotherapeutic schools: science and practice (the scientist-practitioner model); biological (especially nervous), mental or psychological and social functioning; quantitative and qualitative methodologies; nomotheticity and idiography; theoretical explanations and clinical understanding; medical and contextual model.

3.4. **Development of different conceptualizations of common factors**

In 1986, Michael Lambert, summarizing several studies on psychotherapy outcome, divided the factors of therapeutic success and efficiency into four areas and assessed their percentage of influence: 40 % patient or extratherapeutic or life factors, 30 % common factors, 15 % hope, expectation and placebo effect and 15% technique (Lambert, 1986).

In 1987, in a *generic model of psychotherapy*, Orlinsky and Howard presented five common factors of the therapeutic process that are characteristic of all therapeutic approaches (Orlinsky & Howard, 1987). In 1990, Larry E. Beutler and colleagues published the *systematic treatment selection model*, which sought to combine common and specific factors. That same year, Grenavage and Norcross (1990), based on an analysis of 50 studies, found a total of 35 common factors and grouped them into 5 categories: 3 as client characteristics, 6 as therapist qualities, 16 as the processes of change, 7 as the structure of the treatments and 3 as the elements of the relationship.

3.5. **The client-centred perspective**

Based on Lambert's findings about the crucial importance of the client's extratherapeutic / life factors (Lambert, 1986, 1992) and the integration movement in psychotherapy (Duncan, Parks & Rusk, 1990) Barry Duncan, Scott Miller and Mark Hubble created a new, integrative vocabulary and framework for the operationalization of psychotherapeutic clinical practice irrespective of what particular approaches and models the individual psychotherapist might belong to (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Duncan et al., 2010). They argue that a psychotherapist can use any technique, strategy, and theory as long as they reinforce one or more common factors and make sense to the client. In emphasizing the »client-centered perspective« (Duncan & Moynihan, 1994; Duncan, Solovey & Rusk, 1992), they bring in the research findings that the effectiveness of interventions depended primarily on the use of client resources, strengths (resilience), hopes, expectations, goals and »theories of change« (Duncan & Miller, 2000ab; Duncan & Sparks, 2002; Duncan, Miller & Sparks, 2004; Miller & Duncan, 2012; Duncan, 2014). Their third book *The Heart and Soul of Change* (Hubble, Duncan & Miller, 1999) was met with exceptionally positive responses.

3.6. **Client feedback as a common factor for greater effectiveness of psychotherapy**

Duncan, Miller and Hubble developed their own system for feedback-informed treatment called PCOMS (Partners for Change Outcome Management System)

(Duncan et al., 2003; Duncan, Miller & Hubble, 2007; Miller et al., 2003; Miller, Duncan & Hubble, 2004; Miller et al., 2005; Miller et al. 2006). The purpose of obtaining data on the client's experience is to detect possible factors of a negative outcome in a timely manner and to adjust the psychotherapeutic treatment accordingly.

3.7. **Significant shifts in the development of empirical validation of common factors**

In 1997, Wampold and colleagues (Wampold et al., 1997) confirmed the Dodo verdict with a comprehensive meta-analysis of 227 studies from the period 1970 to 1995. The meta-analysis showed that there were no statistically significant differences between the different approaches, regardless of whether the approaches differed greatly from each other or were similar. Similar findings were published by Luborsky and colleagues (Luborsky et al., 2002).

After 2000, various authors began to publish several studies on common factors also in the context of partner and family psychotherapy (e.g. Sexton & Ridley, 2004; Sexton et al., 2004; Sprenkle & Blow, 2004ab; Davis & Piercy, 2007; Blow, Sprenkle & Davis, 2007; Blow et al., 2009; Sprenkle, Davis & Lebow, 2009; Lebow, 2014; Karam et al., 2015).

In 2003, Tracey and co-workers (Tracey et al., 2003), trying to create some order in the abundance of common factors classified them with multidimensional scaling and cluster analysis. Lambert and Ogles (2004) categorized common factors according to the time of onset in therapy as: (a) support, (b) learning, and (c) action factors. A review of research in 2008 showed that as many as 30 to 70% of the differences in the psychotherapy outcome were due to the action of common factors (Imel & Wampold, 2008), so in 2011 Norcross and Lambert (2011b, p. 13) published a new cake display (see Figure 5).

3.8. **Common factors are the heart and soul of therapeutic change: empirical confirmation of the Dodo's entry into adulthood**

In 2010, there was a second, again extremely successful and high-profile edition of *The Heart and Soul of Change* (Duncan et al. 2010). In the same year, Duncan (2010; second edition 2014) using a Venn diagram (see Figure 6) showed five factors that, based on meta-analyses, emerged as the most important for a positive outcome in psychotherapy: client, therapist, therapeutic relationship, model / technique (general and specific effects) and feedback.

3.9. **Key empirically supported insights into common factors**

In 2014, Laska and Wampold summarized 10 important points about the empirically supported theory of common factors: 1) common factors are embedded in a scientific theory; 2) the mechanisms of change in EST's are ill specified; 3) common factor models are not a closed system; 4) there is no such thing as a »common factor« treatment; 5) the importance of dealing with "anomalies" like adherence, accidentally effective treatments etc.; 6) the conjectures underlying EST theory should be opened for alternative possibilities; 7) common factors does not imply "one size fits all"; 8) what is omitted in the EST approach is often more important than what is discussed; 9) RCTs are not the only path to knowledge; 10) common factors approach puts greater emphasis on ideographic methods and individualized evidence-based practice.

3.10. **Wampold's contextual model**

On the basis of trust and understanding between the therapist and client and the therapist's expertise (the key here that all three are positively evaluated by the client) therapy works through three mechanisms: a) real relationship, b) (co) creation of expectation through explanation and c) some form of treatment and specific ingredients (tasks / goals, therapeutic actions) (see Figure 7). Unlike the medical model, the basic premise of the contextual model is that specific components do not act directly on a particular disorder or deficit, but indirectly through (co)creation of positive expectations and encouraging the client to actively develop healthy and functional patterns of thinking, feeling, behaviour and relationships.

3.11. **Schiepek's nonlinear dynamic model of common and specific factors**

Schiepek and colleagues (Schiepek, Aas & Viol, 2016) developed a dynamic (top-down) model consisting of five variables or parameters of order in a synergistic sense (**P**: severity of the problem or symptoms, **S**: success and therapeutic progress, **M**: motivation to change, **E**: negative and positive emotions, **I**: insight and new perspectives), which are interconnected with 16 functions. The shape of each function is influenced by four parameters (**a**: alliance, the quality of the therapeutic working relationship, interpersonal trust, the ability for positive bonding; **c**: cognitive competencies, mentalisation, competencies for emotional control, the ego-strength; **r**: personal resources for problem solving, behavioural skills; **m**: motivation for change as a trait, expectations of self-efficacy, expectation of a positive outcome, "health plan") (see Figure 8). In psychological terms, parameters represent competencies or personality traits (or synergetic control parameters). The qualitative model was translated

into five related, deterministic, nonlinear differential equations that generate the dynamics of each variable as a function of the other variables. With such a mathematical model, they were able to illustrate (and also simulate) important features of the psychotherapeutic process.

Schiepek's transtheoretical, integrative, nonlinear model focuses on the client's cognitive-emotional (self-organized and self-organizing) dynamics, as it takes into account meta-analytical findings that client factors have the greatest impact on the outcome. Systematic testing of the model with empirical data on 753 clients with different diagnoses treated psychotherapeutically was performed by simulations and by comparing the simulated with empirical dynamics. By modelling the influence of traits (control parameters) on states (order parameters), they took the first step towards a formalized understanding of psychotherapy. The next step in the development of the model should be to illustrate the different patterns of emotional responses that occur due to different levels of problem intensity. The third step, however, is intended to shed light on the long-term effects of therapy by formalizing the influence of states on traits (Schiepek, Aas & Viol, 2016, p. 393).

Nonlinear models such as this raise the question of whether it makes sense to interpret variance using percent-values that are supposed to belong to common or specific factors. From the perspective of the science of complexity, factors do not contribute to the outcome in an additive way, but interact with each other in a nonlinear way in the network, which produces self-organized and chaotic behaviour. Small fluctuations can have significant effects and conversely, interventions that are supposed to have a large impact may have no long-term effect.

4. **Conclusion: How does psychotherapy work, remains an open question**

The assessment of statistical correlations between factors and a positive therapeutic outcome is not enough. It is necessary to explain the mechanisms of therapeutic change, i.e. how and why these factors work (Kazdin, 2005, 2007, 2009). As Schiepek and colleagues (2015) point out, such explanations could already be found to a much greater extent if we made more use of the science of complexity (for a more detailed review, see Snow, 1990). Also new discoveries in neuroscience and social sciences could be helpful.

With the help of the Dodo psychotherapy science, from its beginnings in the 1920's until today, has reached a higher quality level of development. Based on the abundance of clinical evidence and research findings psychotherapy science offers to practitioners of different

approaches the possibility of a paradigmatic shift into a new, more integrated understanding of the profession of psychotherapy as an independent profession, to more efficient and effective forms of clinical practice and prevention as well as to more comprehensive, didactically advanced forms of training.

The pluralist development of various disciplines in the field of mental health cannot be based on an objectivist and positivist medical model, which because of the primacy of medicine and medical doctors in the healthcare field is still prevalent. Psychotherapists can contribute significantly to the development of a new, constructivist / hermeneutic / contextual paradigm. This does not mean the eradication of objectivism, but its metatheoretical reframing with the help of dialogic pluralism. Our common goal here remains clear: to develop a more diversified, flexible, accountable, most cost-effective, each client and context adapted treatments. Let the Dodo, as a symbol of integration and dialogical pluralism, continue to help us in this and connect us even more. Psychotherapists themselves can go faster, but together with other mental health professionals we will go much further!

1.

Uvod

V svojem predhodnem članku sem prikazal Dodovo rojstvo in otroška leta, to je razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankovega kontekstualnega modela (Možina, 2020a). V tem besedilu pa bom, v okviru tretje in četrte faze raziskovanja psihoterapije po Braakmanovi (2016, str. 39), opisal njegova mladostniška in odrasla leta, ko je prehodil pot od prvih metaanaliz o učinkovitosti psihoterapije preko na znanstvenih izsledkih temelječega metateoretičnega kontekstualnega modela Bruca Wampolda in Zaca Imela (2015) do Schiepkovega nelinearnega dinamičnega modela (Schiepek, Aas in Viol, 2016). Zaključil bom z obeti, ki se Dodoju nakazujejo v prihodnosti, ko naj bi pripomogel k boljši integraciji izsledkov raziskav na eni strani in klinične ekspertize psihoterapevtov na drugi strani, da bi se povečevala uspešnost psihoterapevtskih obravnav. Hkrati pa Dodo onkraj različnih psihoterapevtskih šol kot meta integrator ponuja vizijo širše integracije znanosti in prakse, biološkega, psihološkega in socialnega, kvantitativne in kvalitativne metodologije, nomotetičnosti in idiografičnosti ter medicinskega in kontekstualnega modela.

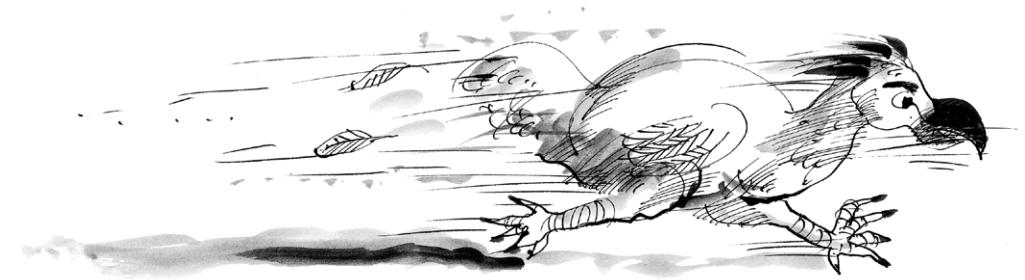
2.

Tretja faza raziskovanja psihoterapije (1970-1983): mladostniška leta ptiča Dodo

Ta faza je prinesla velike izboljšave raziskovalne metodologije, ki so pripomogle tudi k Dodovemu mladostniškemu razvoju (glej sliko 1). Po eni strani je Kiesler (1966, 1973, 1982, 1983) s t. i. »medosebnim krožnim modelom« (angl. interpersonal circumplex - IPC), Popisom vplivnih sporočil (angl. Impact Message Inventory - IMI) in Čeklisto za medosebne transakcije (angl. Checklist of Interpersonal Transactions - CLOIT) zasnoval novo konceptualno in metodološko bazo za preučevanje terapevtskega odnosa (glej tudi Locke, 2006). Po drugi strani pa so rezultati metaanaliz z zajetjem velikega števila študij izida dokazali visoko učinkovitost psihoterapije. S tem je bila dokončno ovržena Eysenckova kritika o jalovosti psihoterapije iz leta 1952 (Eysenck, 1952).

Slika 1

V tretji fazi raziskovanja psihoterapije (1970-1983) mladostniško vihravi Dodo drvi k novim spoznanjem o prispevku skupnih dejavnikov k učinkovitosti psihoterapije (risba akad. slik. Ejti Štih)



2.1. Prve metaanalize o učinkovitosti psihoterapije

Leta 1977 sta ameriški statistik Gene Glass, ki je prvi uporabil poimenovanje metaanaliza (Glass, 1976), in njegova žena Mary Lee Smith v članku (Smith in Glass, 1977) in nato leta 1980 v knjigi (Smith, Glass in Miller, 1980) potrdila zaključke Luborskega in njegovih sodelavcev (Luborsky in dr., 1975) z veliko večjim in bolj sistematičnim pregledom 375 nadzorovanih raziskav psihoterapije, ki so vključevale okoli 50.000 udeležencev. Na osnovi primerjave med psihoterapevtsko obravnavanimi in kontrolnimi skupinami brez obravnave sta ugotovila velikost učinka psihoterapije .80 (angl. effect size). To pomeni, da je v povprečju 80 % ljudi z duševnimi težavami, ki so bili psihoterapevtsko obravnavani, na boljšem v primerjavi z vzorcem ljudi s podobnimi duševnimi težavami, ki niso bili deležni psihoterapije. Seveda se je Eysenck (1984) na to odzval odklonilno, češ da so metaanalize zloraba integracije raziskovalnih izsledkov, vendar je postal razvoj metaanaliz na številnih področjih, tudi v medicini, neustavljiv.

Tudi drugi avtorji so se kritično odzvali na ključni izsledek Glassa in Smithove, da je psihoterapija učinkovita. Tako so npr. Prioleau, Murdock in Brody (1983) poskušali najti metodološke pomanjkljivosti v njuni metaanalizi in dokazati, da zaradi površnosti pri vzorčenju psihoterapija ni učinkovitejša od placeba ter da so psihoterapevti zgolj »placebologi«. Ker so postale od leta 1980 metaanalize pri potrjevanju učinkovitosti posameznih terapevtskih pristopov in metod vse pomembnejše, so se o njihovih izsledkih nadaljevale vroče razprave do danes². Ob tem se statistično manj poučeni psihoterapevt velikokrat težko znajde, ker se v zagovarjanju svojih izsledkov raziskovalci sklicujejo na celo

2 Glej npr. Shapiro in Shapiro, 1982; Sacks in dr., 1987; Meinert, 1989, 2012; Matt, 1989; Rosenthal, 1991; Matt in Navarro, 1997; Wampold in dr., 1997; Ahn in Wampold, 2001; Maltzman, 2001; Hunsley in Di Gulio, 2002; Luborsky in dr., 2002; Wampold in dr., 2002; Baskin in dr., 2003; Drisko, 2004; Imel, Malterer in dr., 2008; Imel, Wampold in dr., 2008; Miller, Wampold in Varhely, 2008; Tolin, 2010, 2014, 2015; Benish, Quintana in Wampold, 2011; Barth in dr., 2013; Marcus in dr., 2014; Mayo-Wilson in dr., 2014; Wampold in dr., 2017; Flückiger in dr., 2018.

vrsto metodoloških fines³. Vendar je danes, po štiridesetletnem metodološkem razvoju metaanaliz, jasno, da se izsledki Glassa in Smithove vedno znova potrjujejo in so metaanalize postale nepogrešljivo orodje za raziskovanje psihoterapije (Grawe, 1990; Grawe, Caspar in Ambuehl, 1990; Grawe, Donati in Bernauer, 1994; Wampold, 2001; Wampold in Imel, 2015).

Zaradi široke palete različnih psihoterapevtskih pristopov, katerih število se je tudi v tretji fazi raziskovanja psihoterapije samo še večalo - leta 1959 jih je bilo 36, leta 1976 130, leta 1979 pa že več kot 200 (Prochaska in Norcross, 2003) -, se je po potrditvi učinkovitosti psihoterapije vse bolj izostrovalo vprašanje, kateri pristopi so učinkovitejši (oziroma natančneje, kateri psihoterapevtski pristopi so učinkoviti "pri kom", pri kateri vrsti problematike). Potrditev učinkovitosti določenega pristopa je namreč pomenila tudi njegovo prihodnje financiranje s strani vladnih organizacij in zavarovalnic, ki se je takrat začelo uvajati v ustanove na področju duševnega zdravlja. Vse to je privedlo do večanja števila primerjalnih študij izida.

2.2. **Prizadevanja za standardizacijo psihoterapevtskih intervencij**

Ambicije, da bi v psihoterapiji podobno kot v medicini uveljavili naključne nadzorovane študije in standardizirane terapevtske postopke, so pomembno zaznamovale to fazo (Desmet, 2013). Leta 1970 je v ZDA agencija FDA (Food and Drug Administration) uvedla naključne nadzorovane študije kot osnovo za preverjanje novih zdravil. V osemdesetih in devetdesetih se je s pomočjo metaanaliz vse bolj začela uveljavljati na izsledkih temelječa medicina (angl. Evidence-Based Medicine – EBM) (Hedges in Olkin, 1985; Chalmers in dr., 1987; Sachs in dr., 1987; Meldrum, 2000; Dickersin in Chalmers, 2015). Sackett in sodelavci so jo definirali kot integracijo najboljših izsledkov raziskav in klinične ekspertnosti (Sackett in dr., 1996; Sackett in dr., 1997). Ključne sestavine EBM so poleg metaanaliz postale klinične epidemiološke študije, sistematični pregledi, klinične raziskave, analize stroškov/učinkovitosti in odločitvene analize (Ščuka, 2005).

Številne raziskovalce psihoterapije je to še dodatno spodbudilo, da bi za svoj psihoterapevtski pristop oziroma metodo, podobno kot je to uspevalo v farmakologiji za zdravilne kemične spojine, dokazali, da je učinkovitejša od drugih. Glavna značilnost teh študij učinkovitosti, kot so jih tudi imeno-

vali, v primerjavi s kvazi-eksperimentalnimi modeli je bilo naključno določanje udeležencev v eksperimentalni in kontrolni skupini, izvajanje na več mestih hkrati (angl. multisite) z velikim vzorcem ter izvedba v skrajno nadzorovanih pogojih s prizadevanji za izključitev učinka placeba. Zelo znan tovrstni dolgotletni raziskovalni program je bil za zdravljenje depresije z imenom Treatment of Depression Collaborative Research Program – TDCRP (Elkin in dr., 1985; Elkin in dr., 1989; Elkin, 1994). V njem so 250 klientov z depresijo naključno razdelili v štiri različne obravnave: KVT, interpersonalna terapija, antidepresivi v kombinaciji s klinično obravnavo in placebo tableta v kombinaciji s klinično obravnavo. Vse štiri obravnave (vključno s placebom) so dosegle približno enake rezultate, čeprav sta interpersonalna terapija in antidepresivi v kombinaciji s klinično obravnavo nekoliko presegla placebo.

Še posebno pa je bilo raziskovanje učinkovitosti s pomočjo naključnih nadzorovanih študij kot naročeno za kognitivno-vedenjsko terapijo (KVT), ki izhaja iz objektivistične tradicije (Keller in dr., 2000; Butler in dr., 2006; Linehan in dr., 2006; Cuijpers in dr., 2008; Hofmann in Smits, 2008; Safren in dr., 2010; Hofmann in dr., 2012; Cuijpers in dr., 2013; Cuijpers in dr., 2016). Po zgledu na izsledkih temelječe medicine (EBM) je s pomočjo številnih študij postala sinonim za na izsledkih temelječo (psiho)terapijo (angl. evidence based therapy). Nekaj časa je celo izgledalo, da se je zavihtela na čelo vseh psihoterapevtskih pristopov kot "zlati standard psihoterapije" (David, Cristea in Hofmann, 2018), potem ko je superiornost vedenjskih terapij poskušal znanstveno utemeljiti že Eysenck (1952, 1960, 1961, 1966). V novem tisočletju pa se je postopno začelo vse bolj kazati, da tudi za KVT velja Dodova razsodba (glej npr. Johnsen in Friborg, 2015; Leichsenring in Steinert, 2017; Leichsenring in dr., 2018).

Del objektivistične tradicije je bilo tudi gibanje za operacionalizacijo ključnih konceptov v raziskovanju psihoterapije in za standardizacijo psihoterapevtskih intervencij, ki se je začelo v šestdesetih letih (Bergin in Strupp, 1972; Erskine, 1998; Barlow, 2011). Zanimivo je, da se je standardizacija (to je izdelava standardiziranih priročnikov za čim natančnejše strukturiranje psihoterapevtskih intervencij) začela v okviru kratkih psihodinamskih pristopov (Luborsky in DeRubeis, 1984), čeprav jo danes najbolj povezujemo s KVT. Na ta način so poskušali oblikovati jasnejši in preglednejši okvir za intervencije, kar naj bi povečalo zanesljivost in ponovljivost pri njihovem izvajanju v okviru nadzorovanih študij (Barlow, 2011).

2.3. **Dodova razsodba dobi nove zagovornike**

Vendar je prizadevanjem po uveljavitvi naključnih nadzorovanih raziskav kot zlatega standarda za dokazovanje superiornosti določenega psihoterapevtskega

³ Po eni strani imajo metaanalize številne prednosti pred narativnimi pregledi (angl. narrative reviews) in posameznimi študijami, ki zaradi premajhnih vzorcev ne omogočajo pregleda nad celotno obravnavano problematiko in zato ne morejo niti kvantitativno opredeliti, kakšen je vpliv terapevtske obravnave, niti testirati ničelne hipoteze. Po drugi strani pa tudi metaanalize lahko podležejo raznim vplivom, ki povzročijo pristranosti, npr. fenomen ledene gore, vpliv selekcije člankov, vpliv pregledovalca in razlagalca metaanalize, omejena informacija o raziskavah, ki obravnavajo temo metaanalize, različen obseg in kakovost vključenih študij idr. (Ščuka, 2005).

pristopa začel mešati štrene Dodo. Tako že Smith, Glass in Miller (1980) v svoji študiji, kjer so primerjali učinkovitost različnih psihoterapevtskih pristopov (kognitivni, KVT, psihodinamski, humanistični in razvojni), niso našli statistično pomembnih razlik. Zaradi kritik KVT tabora, da niso bile vključene pomembne KVT študije, sta jih zakonca Shapiro (Shapiro in Shapiro, 1982) vključila in hkrati izboljšala Glassovo metaanalitično metodo, tako da sta primerjala samo raziskave, ki so neposredno vzporejale dve ali več oblik psihoterapije in so imele kontrolno skupino. Izbrala sta 143 študij izida, v katerih so prevladovala vedenjske intervencije in skupinska terapija. V večini študij je šlo za obravnavo fobij in tesnobo motenj, le v okoli desetih pa depresije. Njuna metaanaliza je potrdila učinkovitost psihoterapije v primerjavi v placebom in majhne razlike med terapijami, tako da so prispevale manj variance kot obravnavana duševna motnja.

Na osnovi Frankovih poglobljenih razprav o placebo so v sedemdesetih letih številni avtorji poskušali definirati skupne dejavnike v smislu placebo učinkov (npr. Shapiro, 1971; Shapiro in Morris, 1978). Prav tako so v teh letih izboljšali definicije temeljnih sestavin psihoterapije (npr. Garfield, 1973, 1982; Strupp, 1973) ter še bolj empirično z dokazi podprli teorijo skupnih dejavnikov (npr. Strupp in Hadley, 1979) in Dodo razsodbo. Luborsky, Singer in Luborsky (1975) so npr. v zelo odmevnem članku proučili okoli 100 študij, ki so primerjale izide različnih terapij, in ugotovili majhne razlike med njihovimi učinki. Vse terapije, ki so jih primerjali, so proglasili za zmagovalce, saj so imele pozitivni učinek na okoli tri od štirih klientov. S tem so pripomogli, da se je med raziskovalci ustalil pojem »razsodba ptiča Dodo«, kot ga je predlagal Rosenzweig (1936). Čeprav je sledilo vse več člankov za in proti tej razsodbi, vključno s kritikami na račun študije Luborskega (Chambless, 2002), je ta na začetku novega tisočletja na osnovi več tisoč študij potrdil svoje ugotovitve iz leta 1975 (Luborsky in dr., 2002).

Istočasno kot Frank se je transkulturnim vidikom psihoterapije posvečal tudi ameriški psihiater Edwin Fuller Torrey (1972, 1973). Menil je, da so tako vrači (šamani) kot sodobni terapevti pri svojem delu podobno učinkoviti, ker oziroma v kolikor izpolnjujejo štiri ključne pogoje: a) imajo podoben pogled na svet oziroma kulturno ozadje kot njihovi klienti, b) razvijejo iskren človeški odnos s klienti, c) vzbudijo pri klientih upanje in pozitivno pričakovanje ter d) uporabljajo podobne tehnike (npr. sugestije, hipnozo, razlago sanj, pogajanje, miljejsko terapijo idr.). Med drugim je poudarjal, kako pomembna je verodostojnost terapevtovih razlag, kar med drugim vključuje, da terapevt ustrezno poimenuje klientovo trpljenje, saj mu to olajša katarzo in prinese olajšanje. Da pa bi to terapevtu uspelo, mora razumeti klientov pogled na svet. Tako bo npr. klient, ki je naklonjen znanstvenemu pozitivizmu, hitro zavrnil razlago, da je

vzrok njegove fobije obsedenost z duhovi prednikov. In obratno, klient s tradicionalno religioznimi prepričanji, ki je nepoučen o sodobni znanosti, se bo na razlago, da se to dogaja zaradi pomanjkanja inhibicije amigdale s strani prefrontalnega korteksa, odzval s praznim pogledom.

Med tistimi, ki so na osnovi kakovostnega pregleda aktualnih novosti v raziskovanju psihoterapije hoteli ostati široki in ne podleči površnim težnjam za kratkoročno uveljavljanje parcialnih političnih interesov posameznih psihoterapevtskih šol, sta bila Allen Bergin in Sol Garfield. Že s prvo, vsekakor pa z drugo in tretjo izdajo *Priročnika o psihoterapiji in vedenjski spremembi* (angl. *Handbook of psychotherapy and behavior change*) (Bergin in Garfield, 1971, 1978, 1986; Lambert, Garfield in Bergin, 2004) sta presenetljivo izčrpno zajela raznolikost takratnih dogajanj in tokov v psihoterapevtski skupnosti. Tako sta zagnala dolgotrni projekt za ažurno spremljanje ter poročanje o razvoju in napredku raziskovanja psihoterapije do danes, ko je na voljo že šesta izdaja (Lambert, 2013b), sedma pa je načrtovana v letu 2021.

2.4. **Prizadevanja za integracijo psihoterapevtskih pristopov in za transteoretične modele**

Leta 1975 so Sloane in sodelavci (1975) primerjali priznane predstavnike različnih psihoterapevtskih pristopov in ugotovili, da so podobno učinkoviti kljub zelo velikim razlikam v načinih, kako so izvajali terapijo. Tudi ko so vprašali njihove kliente, kaj se jim je zdelo najučinkovitejše, so izpostavljali skupne dejavnike, kot je na primer terapevtski odnos.

Leta 1978 je Gurman (1978) shematsko klasificiral kratkoročne in dolgoročne cilje terapevtskih obravnav in ugotovil veliko prekrivanje med različnimi psihoterapevtskimi pristopi (psihoanalitični, vedenjski, sistemski), še posebno v primerih, ko so za opis teh ciljev uporabili vsakdanji jezik.

Leta 1980 so prizadevanja psihoanalitikov Judda Marmorja (najbolj znanega po tem, da je kot psihiater v okviru Ameriškega psihiatričnega združenja odigral ključno vlogo v brisanju homoseksualnosti s seznama duševnih motenj leta 1974) in Franza Alexandra (znanega tudi po njegovem prispevku k razvoju psiho-somatske medicine) h grajenju mostov med psihoanalizo in vedenjsko terapijo obrodila sad v knjigi z naslovom *Stičišča med psihodinamskimi in vedenjskimi terapijami* (Marmor in Woods, 1980). V uvodu je Marmor slikovito poudaril: »Prepogosto se dogaja, da smo v teoretičnih prepirih podobni slepcem, ki poskušamo opisati slona in predpostavljamo, da je celota samo povečava tistega majhnega dela, s katerim smo v stiku. Ko poskušamo na osnovi tako ozkih pogledov graditi terapevtske strategije, le-te, v nasprotju z našimi upi, niso varčne niti dovolj široko uporabne ter učinkovite.« (Marmor in Woods, 1980, str. xi)

Tudi Paul Wachtel (1975, 1997) si je prizadeval za integracijo najboljšega iz obeh pristopov, ko je med drugim poudarjal, da so mnogi primeri poslabšanja po zaključku vedenjske terapije povezani z disfunkcionalnimi vzorci klientov, ki bi jih bilo lažje prepoznati in zdraviti s psihodinamskega vidika.

Istega leta je naletel na velik odziv članek psihologa Marvina Goldfrieda (1980), ki je trdil, da bo odkrivanje skupnih dejavnikov najplodnejše, v kolikor bodo primerjave med različnimi psihoterapevtskimi pristopi potekale nekje vmes med ravnijsko specifičnih tehnik in ravnijsko teoretičnih razlag, to je na ravni kliničnih strategij. Zatem je leta 1982 izdal knjigo z naslovom *Povezovalne teme v psihoterapiji* [angl. *Converging Themes in Psychotherapy*] (Goldfried, 1982), v kateri je zbral prispevke različnih avtorjev, ki so zagovarjali skupne dejavnike, sam pa je izluščil pet skupnih strategij ali načel: korektivne izkušnje in nova vedenja, terapevtove povratne informacije, ki spodbujajo novo klientovo razumevanje, pričakovanja, da bo psihoterapija koristna, vzpostavitev željenega terapevtskega odnosa in preverjanje resničnosti s strani klienta. Hkrati je razlikoval med tremi ravnmi psihoterapevtskih intervencij: a) teorije spremembe (terapevtove teorije o tem, kako pride do sprememb), b) načela ali strategije spremembe in c) terapevtske tehnike (intervencije, za katere terapevti predvidevajo, da bodo učinkovite). Pomemben je bil njegov poudarek, da se načela ali strategije lahko pojmuje kot skupne dejavnike, saj naj bi bila izkušenim terapevtom skupna, čeprav uporabljajo različne teoretične besednjake. Kot specifične pa je definiral dejavnike, ki se v okviru različnih psihoterapevtskih pristopov kažejo na različne načine.

Konec sedemdesetih so Prochaska in sodelavci začeli z razvojem *transteoretičnega modela (vedenjske) spremembe*, ki traja do danes (Prochaska in DiClemente, 1982). Gre za integrativno teorijo terapije, ki so jo razvili predvsem na osnovi dela z zasvojenimi (npr. zasvojenost s kajenjem, alkoholom, debelost). Ocenjuje posameznikovo pripravljenost, da razvija bolj zdravo vedenje in ponuja strategije, ki naj bi ga pri tem usmerjale. Ključni koncepti tega modela so stopnje, procesi in ravni spremembe, samoučinkovitost (v smislu, koliko zaupanja ima posameznik, da bo obvladal rizične situacije, ne da bi zdrsnil v nezdrava ali tvegana vedenja) ter ravnovesje odločanja (glede na tisto, kar govori proti ali za spremembo). Njihov zaključek je bil: »Odkrili smo velike podobnosti, kako ljudje spreminjajo svoje vedenje. Naš pogled je, da struktura spremembe ni niti povezana s tehniko niti ni specifična glede na problem.« (Prochaska, DiClemente in Norcross, 1992, str. 1110)

Od konca šestdesetih let, ko je kognitivni terapevt Arnold Lazarus uvedel koncept tehničnega eklekticizma (Lazarus, 1967), je ta postajal vse popularnejši (Garfield, 1982, 1992, 1995). Leta 1970 je okoli 50 % kliničnih psihologov

sebe ocenilo kot eklektične (Garfield in Kurtz, 1975), pet let kasneje pa že 64 % (Garfield in Kurtz, 1977). Kasnejši pregledi, ki so jih naredili s širšim spektrom strokovnjakov s področja duševnega zdravja, so pokazali, da se jih od 30 % do 70 % ima za eklektične (Garfield in Bergin, 1994; Norcross, Karg in Prochaska, 1997; Bechtoldt in dr., 2001).

Jasen znak, da se v psihoterapevtski skupnosti vse bolj krepi eklekticizem in integracija, je bila tudi ustanovitev Združenja za raziskovanje psihoterapevtske integracije (angl. The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration - SEPI)⁴ leta 1983. To je že napovedovalo kvalitativni premik v novo fazo raziskovanja psihoterapije in v povečevanje pomena teorije skupnih dejavnikov.

Če torej tretjo fazo raziskovanja psihoterapije povzamemo z vidika teorije skupnih dejavnikov, Dodu v tem obdobju gotovo ni bilo lahko. Neprestano je bil izpostavljen močnim pritiskom privržencev medicinskega modela predvsem iz vrst vedenjskih terapevtov (npr. Kazdin in Wilson, 1978; Rachman in Wilson, 1980), ki pa se jim je kot David Goljatu mladostniško uspešno upiral. Stiles, Shapiro in Elliott (1986) so npr. dobro povzeli dogajanje v tretji fazi raziskovanja psihoterapije, ki so jo označili kot fazo velikega nasprotja oziroma paradoksa med izjemno pestrostjo psihoterapevtskih teorij, metod in tehnik na eni strani ter skoraj enako splošno učinkovitostjo na drugi strani. Edini način za pojasnitev tega paradoksa pa so videli v večji specifičnosti raziskovanja, ki bo s pomočjo proučevanja manjših enot, natančnejših meritev in vključevanja številnejših ravni analize omogočilo podrobnejši vpogled v terapevtske procese, mehanizme in učinke (glej tudi Stiles, 1982). Prav v to smer se je potem dejansko razvijalo raziskovanje v četrti fazi, ki jo lahko umestimo v obdobje od leta 1984 do danes.

3. Četrta faza raziskovanja psihoterapije (od 1984 do danes): odrasla leta ptiča Dodo

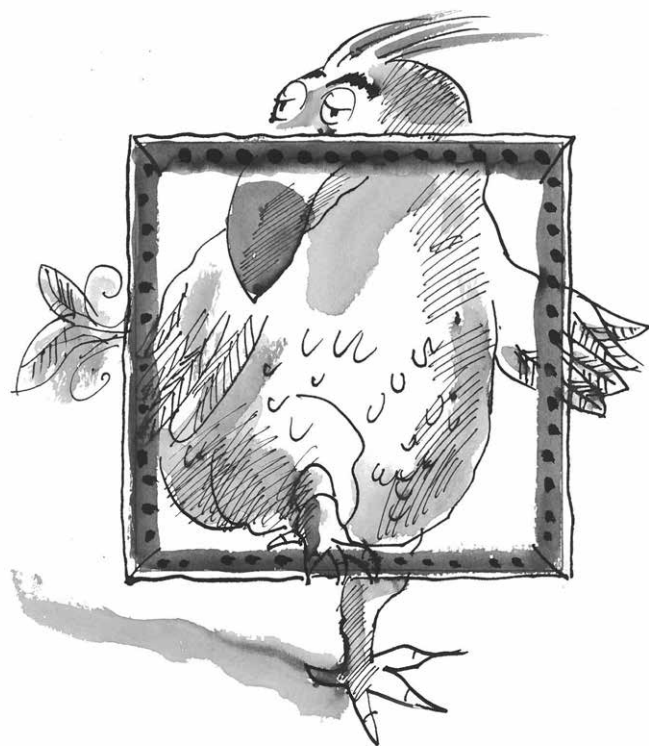
Za četrto fazo so značilni intenziven razvoj raziskav procesa in procesa-izida s pomočjo kvalitativne in mešane, kvantitativno-kvalitativne metodologije (Muran, Castonguay in Strauss, 2010), množenje integrativnih in transdiagnostičnih pristopov, premoščanje vrzeli med raziskovanjem in prakso (Strupp in Howard, 1992; Orlinsky, 1994, 2010; Luborsky, 1994; Castonguay in

4 Vodilni predstavniki SEPI so Paul Wachtel (2002, 2008, 2011ab; Wachtel, Kruk in McKinney, 2005), Leslie Greenberg (2015; Greenberg in Johnson, 1988), Marvin Goldfried (1980, 1982; Goldfried in Newman, 1992), John Norcross (2001; Norcross in Goldfried, 1992, 2005; Norcross in Lambert, 2011ab, 2018, 2019; Norcross in Wampold, 2011, 2018, 2019), Larry Beutler (2014; Beutler in Clarkin, 1990; Beutler in Harwood, 2002; Beutler, Moleiro in Talebi, 2002; Beutler, Harwood, Kimpara in dr., 2011; Beutler, Harwood, Michelson in dr., 2011; Beutler in dr., 2016; Beutler in dr., 2018) in drugi.

dr., 2010), proučevanje klientovih in terapevtovih dejavnikov ter njunih interakcij (za izčrpen pregled glej Norcross in Lambert, 2019; Norcross in Wampold, 2019; Duncan, 2014), konteksta (npr. Wampold in Imel, 2015), neuspešnih obravnav (npr. Detert in dr., 2006; Hersoug, 2010), multikulturalnosti (npr. Marsella in Pedersen, 1986; Dwairy, 2006; Gielen, Draguns in Fish, 2008; Sue, Gallardo in Neville, 2014), družbenega spola ter novih oblik spolnih identitet in spolnosti (Maguire, 2004; DeBord in dr., 2017). Najizrazitejša skupna ugotovitev te faze, ki je bila potrjena s kvantitativnimi, kvalitativnimi in mešanimi študijami, pa je, da imajo največji vpliv na izid skupni dejavniki: klient, terapevt, terapevtska aliansa, povratna informacija in splošni učinki modelov oziroma tehnik. Tako je Dodo vstopil v odrasla leta in izrisal nov, interdisciplinarni okvir, ki omogoča paradigmatke spremembe tako v psihoterapevtski znanosti kot tudi klinični praksi (glej sliko 2).

Slika 2

Z vstopom odrasla leta je Dodo izrisal nov, interdisciplinarni okvir, ki omogoča paradigmatke spremembe tako v psihoterapevtski znanosti kot tudi klinični praksi (risba akad. slik. Ejti Štih).



Vsekakor pa je to fazo zaznamoval tudi skokovit razvoj informacijsko komunikacijskih tehnologij, ki so omogočile hitro obdelavo ogromnih količin podatkov za metaanalize, sistematične preglede strokovne literature (angl. systematic reviews), analize odločanja (angl. decision analysis) ter analize stroškov in koristi (angl. cost-effectiveness analysis) (Ščuka, 2005), v klinično prakso pa prinesle nove možnosti za povratno informiranje, sprotne spremljane obravnave in rutinsko merjenje izida (Miller in Bargmann, 2011; Miller, 2012; Schiepek, Ludwig-Becker in dr., 2005; Schiepek, Picht in dr., 2005; Prescott, Maeschalck in Miller, 2017), supervizije (Rousmaniere in Renfro-Michel, 2016) ter e-terapij (Kraus, Stricker in Speyer, 2010; Russell, 2015; Alavi in Omrani, 2019; Pajer, 2019).

3.1. Paradigmatki premiki v četrti fazi raziskovanja psihoterapije

V četrti fazi je prišlo do paradigmatkih razvojnih premikov na vseh ravneh – od mikro ravni glede razumevanja in uporabe terapevtskih tehnik in metod, preko mezo ravni, kjer prihaja do integracij med različnimi pristopi (Masten, 2008) in onkraj psihoterapevtskih šol (Russell, 1994; Možina in dr., 2015), pa vse do makro ravni, kjer se kaže vse večja potreba po interdisciplinarnem sodelovanju psihoterapije z drugimi področji, na primer z nevroznanostjo (Grawe, 2004, 2005; Schiepek, 2011) ali socialno pedagogiko (Rančigaj, 2016), uporabi transdisciplinarnih teorij (npr. kibernetika drugega in tretjega reda, teorija samoorganizacije in nelinearne dinamike kompleksnih sistemov, sinergetika, teorija kaosa) (Schiepek, 1996, 1999, 2008; Haken in Schiepek, 2006) ter po premiku od objektivistične, (post)pozitivistične k novi paradigmi, ki jo razni avtorji poimenujejo z različnimi imeni, npr. konstruktivistično-interpretativna (Kordeš, 2004; Šugman Bohinc, 2010), kibernetično epistemološka (Barnes, 1994; Možina, 2010; Bateson, 2019), hermenevitično fenomenološko transformativna (Černigoj, 2003, 2007), ekološka (Tramonti, 2018), kontekstualna (Wampold in Imel, 2015) idr.

Skupne značilnosti teh premikov so:

1. vse večja skeptičnost do naključnih nadzorovanih raziskav kot »zlatega standarda« za raziskovanje učinkovitosti psihoterapije, saj se nekatere empirično podprte terapije (angl. *Empirically Supported Treatments* - EST), ki so bile na ta način dokazano učinkovite, v naturalističnih pogojih niso obnesle⁵

⁵ Ker se je pokazalo, da izsledkov raziskav o učinkovitosti psihoterapije ni mogoče direktno prevajati v klinično prakso, so raziskovalci uvedli razlikovanje med klinično uspešnostjo psihoterapije (izid psihoterapije v klinični praksi) (angl. effectiveness) in učinkovitostjo psihoterapije (angl. efficacy), ki je rezultat uporabe točno določenih raziskovalnih metod in postopkov (Roth in Fonagy, 1996, 2005; Lambert in Ogles, 2004; Lambert, 2013c). Slednji navadno zahtevajo visoko stopnjo notranje veljavnosti. Ob tem se izostri vprašanje zunanje veljavnosti, torej v kolikšni meri lahko tako ugotovljene rezultate posplošimo, s čimer prihaja do razkoraka med uspešnostjo in učinkovitostjo.

- (Weisz, Weiss in Donenberg, 1993; Weisz, Jenson-Doss in Hawley, 2006). Zato sta se začela razvijati modela *na izsledkih temelječe prakse* (angl. *Evidence-Based Practice – EBP*) (Goodheart, Kazdin in Sternberg, 2006; Lynn in Kirsch, 2006; Freeman in Power, 2007; Nathan in Gorman, 2007; Steele, Elkin in Roberts, 2008; Levy in Ablon, 2009; McHugh in Barlow, 2010; Summers in Barber, 2010; David, Lynn in Montgomery, 2018) in *na praksi temelječih izsledkov* (angl. *Practice-Based Evidence – PBE*);
2. vse večja kritičnost do ameriškega DSM in evropskega MKB (peto poglavje Mednarodne klasifikacije bolezni) psihiatričnega diagnostičnega sistema duševnih motenj. Večina DSM in MKB diagnoz malo pove o etiopatogenezi duševnih motenj, hkrati pa imajo nizko napovedno vrednost o izidu terapije (Schiepek, 2008; Verhaeghe, 2016). Tako so se začeli razvijati t. i. *transdiagnostični psihoterapevtski pristopi*, ki predstavljajo alternativo pristopom, usmerjenih na eno diagnozo. Usmerjajo se predvsem na procese, ki ležijo v ozadju in so različnim duševnim motnjam skupni (npr. na nevrobiološke procese pomanjkljive regulacije čustev ter na ogroženost, tesnobo in strah pri različnih duševnih motnjah) (Moses in Barlow, 2006; LeDoux, 2015; Queen, Barlow in Ehrenreich-May, 2014; Barlow in dr., 2017; Ehrenreich-May in dr., 2018), na razne psihološke dejavnike, kot so kognitivne funkcije, regulacija čustev, osebnostna struktura, stili navezanosti idr. (Persons, 1986) ter na mehanizme terapevtske spremembe (Sexton, Ridley in Kleiner, 2004; Fisher in dr., 2016);
 3. uveljavljanje *kvalitativnega raziskovanja*, ki terapevtske procese in spremembe preučuje s prvoosebne vidika doživljanja udeležencev v raziskovanju (Rennie, 1992, 1994, 2000, 2012; Watson in Rennie, 1994; Mesec, 1998; Rennie, Watson in Monteiro, 2002; Moerman in McLeod, 2006; Gelo, 2012; Kordeš in Smrdu, 2015; Rahne Mandelj, 2015; Kovačević Tojnko, 2019). V devetdesetih letih so revije, ki so objavljale samo članke s kvantitativno metodologijo, začele posvečati cele tematske številke kvalitativnemu raziskovanju, npr. *Journal of Counseling Psychology* (Hill, 1994) in *Psychotherapy Research* (Elliot, 1999). Namesto kvantitativnega potrjevanja pravilnosti in posploševanja prinaša premik h kvalitativni paradigmi tudi razvijanje mešanih (kvalitativno kvantitativnih) metod (Flick, von Kardorff in Steinke, 2004; Corbin in Strauss, 2008; Given, 2008; Kellett in Hardy, 2013; Creswell in Creswell, 2018; Bartholomew in Lockard, 2018);
 4. sprejemanje teorije *skupnih dejavnikov* kot izhodišča za psihoterapevtsko integracijo in transdiagnostične psihoterapevtske pristope. Norcross in Goldfried (2005) opozarjata, da psihoterapevtska integracija ne pomeni le eklekticističnega kombiniranja tehnik različnih psihoterapevtskih

pristopov, temveč razvijanje in povezovanje učinkovitih praks z njihovimi teoretskimi in empiričnimi osnovami.

3.2. **Prehod od empirično podprtih terapij k na izsledkih temelječi praksi**

Sredi devetdesetih je posebna delovna skupina Sekcije za klinično psihologijo Ameriškega psihološkega združenja (American Psychological Association = APA) (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) izbrala 25 terapevtskih pristopov za določene duševne motnje (npr. tesnoba, depresija, bulimija, enureza idr.), ki so izpolnjevali merila za uvrstitev med empirično podprte terapije (EST) (Chambless in dr., 1996, 1998; Chambless in Hollon, 1998; Chambless, 1999; Chambless in Ollendick, 2001). Ker so bile za izpolnjevanje meril potrebne naključne nadzorovane raziskave, je to prepričalo medicinske kroge, tako da je bila psihoterapija kot oblika zdravljenja duševnih motenj sprejeta v ameriški zdravstveni sistem (Barlow, 2004; Wampold, 2010).

K povečanju števila raziskav za iskanje EST je od srede devetdesetih let prispeval tudi t. i. program Vodne oskrbe (angl. *Managed Care*), s katerim so v ZDA želeli omejiti stroške v zdravstvu. Organizacije *Managed Care* od takrat nastopajo kot posredniki, ki na eni strani sklepajo pogodbe z zavarovalnicami in njihovimi delodajalci, na drugi strani pa s ponudniki zdravstvenih storitev. Tako med bolnikom in zdravnikom nastopa menedžer, ki organizira zdravljenje, ga spremlja, vodi in nadzoruje (Kostanjšek, 2004). V zvezi s tem je Smail (1999) opozoril, da so predstavniki empirično podprte psihoterapije s KVT na čelu vzdrževali »tehnično« podobo psihoterapije zaradi ekonomskih interesov. Hkrati so bili potencialni klienti zainteresirani za poenostavljeno podobo EST kot »hitrega popravila«, ki se drži jasnih receptov. Akademski raziskovalci pa so si zaradi naklonjenosti določenemu psihoterapevtskemu pristopu predvsem prizadevali potrditi njegovo uporabnost za zdravljenje različnih duševnih motenj.

Sčasoma pa se nekateri EST v naturalističnih pogojih niso obnesli, hkrati pa so se vedno bolj kazale epistemološke in metodološke pomanjkljivosti EST modela (Hagemoser, 2009; Schiepek, 2008). Zaradi vse večjih kritik so zato v okviru APA leta 2006 ustanovili novo delovno skupino za razvijanje *na izsledkih temelječe prakse* (angl. *evidence-based practice – EBP*) in jo definirali kot »integracijo klinične ekspertize z izsledki najboljših raziskav v kontekstu klientovih značilnosti, kulture in preferenc« (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, str. 273). Pomembno je torej razlikovati med EST, ki s pomočjo nadzorovanih študij raziskuje, kako deluje določen pristop na določeno motnjo (npr. KVT na anksiozne motnje), in širšim konceptom

EBP⁶, ki postavlja v ospredje klientove individualne in sociokulturne značilnosti ter širok nabor raziskav (vključno z nadzorovanimi študijami), ki najbolj pomagajo terapevtu pri učinkovitemu delu (npr. pri psihološkem testiranju, formulaciji primera, razvijanju terapevtskega odnosa, kliničnem odločanju, uporabi intervencij). Gre za izhodišče, "kaj deluje za koga" (Roth in Fonagy, 1996, 2005; Norcross in Wampold, 2011) ali prilagajanje terapije klientovim in terapevtovim značilnostim ter kulturno-druženemu kontekstu, v katerem poteka terapija (Norcross, Beutler in Levant, 2006; Bertolino, 2018; Norcross in Lambert, 2019; Norcross in Wampold, 2019).

Potem ko so se vse bolj kazale omejitve in zastranitve na teoriji temelječih pristopov (Barnes, 1994, 2002), so začeli pridobivati na veljavi tudi t. i. "na praksi temelječi izsledki" (angl. Practice-Based Evidence - PBE) (glej npr. Margison in dr., 2000; Barkham in Margison, 2007; Barkham, Hardy in Mellor-Clark, 2010; Green in Latchford, 2012), ki omogočajo bolj individualizirano zdravljenje brez obvezno določenih metod in tehnik, splošno veljavnih receptov ter teorij o vzrokih težav in razlogih, ki so ljudi privedli v zdravljenje. PBE model se vse bolj razvija zahvaljujoč napredku v načinih sistematičnega zbiranja povratnih informacij (Lambert, 2010), o čemer bom podrobneje poročal v nadaljevanju.

3.3. Razcvet integrativnih in transdiagnostičnih pristopov

Omenil sem že, da sta se ob koncu tretje faze začela vse bolj krepiti eklekticizem in integracija, kar se je v poznih osemdesetih letih nadaljevalo z vznikanjem novih revij, ki so neposredno nagovarjale klinične in raziskovalne teme, povezane z integracijo. Ena med njimi je bila Mednarodna revija za eklektično psihoterapijo (International Journal of Eclectic Psychotherapy), ki se je leta 1987 preimenovala v Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy. V devetdesetih je število objav o psihoterapevtski integraciji stalno naraščalo, hkrati pa se je večalo število terapevtov, ki so se opredeljevali kot eklektični/integrativni. Leta 1991 je SEPI začela izdajati lastno revijo z imenom *Journal of Psychotherapy Integration*, kar je skupaj s kongresno dejavnostjo prispevalo k širitvi integrativnega gibanja po celem svetu (Norcross in Goldfried, 2005), tudi v Evropo, kjer je bila leta 1993 ustanovljena Evropska zveza za integrativno psihoterapijo (angl. European Association of Integrative Psychotherapy - EAIP). Leta 1992 sta Norcross in Goldfried uredila prvo izdajo knjige *Handbook of Psychotherapy Integration*, ki ji

6 Terapevtski pristopi, ki so na ta način potrjeni kot učinkoviti, se pogosto imenujejo na *izsledkih temelječe terapije* (angl. Evidence-Based Treatments - EBT) (Silverman in Viswesvaran, 2008). Uradni seznam le-teh še ne obstaja, kljub temu pa je na spletni strani Društva za klinično psihologijo (glej <https://www.div12.org/treatments/>) 86 terapevtskih terapij (stanje april 2021) za duševne motnje, ki so glede na izsledke ocenjene kot zelo ali delno empirično podprte ali pa so dokazi še nasprotujoči (Chambless in Ollendick, 2001).

je leta 1993 sledila knjiga *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (Stricker in Gold, 1993).

Del integracijskega trenda predstavlja tudi razvoj različnih transdiagnostičnih pristopov, vključno z modularnimi oblikami, ki temeljijo na teoriji in priročnikih ter skušajo vplivati na dejavnike višjega reda (npr. na regulacijo čustev), ki so skupni različnim duševnim motnjam, kot so motnje razpoloženja (Barlow in dr., 2011) ali motnje hranjenja (Fairburn in dr., 2008, 2009). Intervencije prožno prilagajajo različnim motnjam in komorbidnosti. Prav tako razvijajo bolj pragmatične *modularne* oblike (npr. za obravnavo anksioznih motenj pri otrocih glej Chorpita, 2007)⁷. Iz velikega nabora terapij, ki temeljijo na izsledkih, skušajo s pomočjo povezovalnih načel in združevanja sestavin teh terapij v skupine izluščiti vzorce (npr. Chorpita in Daleiden, 2009), ki jih je možno prikrojiti raznolikosti problemov posameznikov. Velika prednost takih pristopov je tudi v tem, da je usposabljanje terapevtov zanje manj zahtevno. Manj se namreč izgublja v vse večjem številu zelo specifičnih empirično podprtih protokolov, namesto tega pa se učijo modulov, načel in vzorcev, ki so skupni številnim protokolom (McHugh in Barlow, 2012, str. 252).

Transdiagnostični pristopi naj bi bili bolj prilagojeni posameznim klientom (McHugh, Murray in Barlow, 2009). Stopnja, do katere je mogoče inovacijo prilagoditi, je pomembna za napovedovanje njene uporabnosti (Rogers, 2003). Vse bolj se poudarja pomen prožne uporabe na izsledkih temelječih psiholoških oziroma psihoterapevtskih intervencij (angl. Evidence Based Psychological Interventions = EBPI), ki po eni strani ostajajo zveste terapevtskemu modelu, po drugi strani pa se v kar največji možni meri prilagajajo posameznemu klientu (Kendall in dr., 2008; McHugh in Barlow, 2011). Če se terapevt preveč oklepa določene intervencije, lahko to negativno vpliva na klientovo razumevanje in ohranjanje naučenega, dva redko upoštevana, a potencialno pomembna dejavnika, ki sta povezana s pozitivnim izidom (McHugh in dr., 2009).

Norcross in Goldfried (2005) razlikujeta štiri načine integracije:

1. integracija na osnovi skupnih dejavnikov, saj je po njunem mnenju polarizacija na skupne in specifične dejavnike nesmiselna;
2. asimilativna integracija, kjer terapevt poleg svojega osnovnega pristopa vključuje teoretične in praktične vidike drugih pristopov, npr. kognitivno vedenjska asimilativna integracija (Castonguay, 1993; Castonguay in dr., 2005; Castonguay in Holtforth, 2005; Castonguay in Beutler, 2006), asimilativna

7 Bruce Chorpita (2007) opisuje, kako z obravnavo, ki je organizirana po modulih, skušajo odgovoriti na potrebe vsakega otroka in družine. Tako so nekaterih modulov deležni vsi anksiozni otroci (npr. kako izrisati lestvico strahov, od blažjih do intenzivnejših), drugih pa samo nekateri (npr. modul, ki uči starše, kako ravnati, ko se otrok zateka v izogibalna ali druga neterapevtska vedenja). Pri izbiri modulov si terapevt v vsakem posameznem primeru pomaga z algoritmom.

- psihodinamska terapija (Stricker in Gold, 2005), multisistemska terapija, ki povezuje strateško in strukturno družinsko terapijo s KVT vidiki (Schaeffer in Borduin, 2005; Timmons-Mitchell in dr., 2006; Henggeler in dr., 2009; Simbano, 2011);
3. teoretska integracija, kjer prihaja do sinteze najuporabnejših konceptualnih sestavin dveh ali več pristopov, npr. integracija psihoanalitičnih in vedenjskih teorij s kliničnimi procesi (Wachtel, Kruk in McKinney, 2005), individualnih, družinskih in bioloških terapij (Pinsof, 1995), kognitivno analitična terapija (Ryle, 1978, 1990, 1995, 1997, 2005; Ryle, Poynton, in Brockman, 1990; Ryle, Spencer in Yawetz, 1992; Ryle in Beard, 1993; Ryle in Golynkina, 2000; Ryle in Kerr, 2002; Pollock, 2001; Hepple, 2004; Kellett, 2007; Hepple in Sutton, 2004; Kellett in Hardy, 2013; Calvert in Kellett, 2014; Calvert, Kellett in Hagan, 2015; Taylor in dr., 2017) in
 4. tehnični eklekticizem, za katerega so teoretična izhodišča drugotnega pomena in raje išče najuspešnejšo terapijo za določenega klienta, npr. multimodalna terapija (Lazarus, 1981, 1997, 2005), sistematična izbira obravnave in predpisana terapija (Beutler, Consoli in Lane, 2005; Consoli, Beutler in Bongar, 2017).
- Karmen Urška Modic (2019, str. 14-30) v skladu z Norcrossom in Goldfriedom (2005) poudarja, da izhajajo integrativni in transdiagnostični pristopi v veliki meri iz raziskav o učinkovitosti skupnih dejavnikov in jih razvršča v šest modelov:
1. *transteoretični model* (angl. *transtheoretical model*) (Prochaska in DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente in Norcross, 1992; Prochaska, Redding in Evers, 2002; Prochaska in Norcross, 2003; Prochaska in DiClemente, 2005; Norcross, Krebs in Prochaska, 2011), ki terapevtski proces deli na pet stopenj - predkontemplativno in kontemplativno stopnjo, pripravo, izvedbo in vzdrževanje - in deset procesov sprememb, v katere je vključenih več tehnik, metod in intervencij, ki so bile tradicionalno povezane z različnimi teoretičnimi pristopi;
 2. *kontekstualni model* (angl. *contextual model*) (Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015), ki temelji na treh poteh, po katerih pride do terapevtskih sprememb: pristen odnos, krepitev klientovih pričakovanj in specifične sestavine oziroma naloge terapije;
 3. *model na kontekst odzivne psihoterapevtske integracije* (angl. *context-responsive psychotherapy integration*) (Constantino in dr., 2013; Goodwin, Coyne in Constantino, 2018) izhaja iz psihoterapevtskega odnosa, dogajanja v tem odnosu in odzivnosti terapevta na nekaj (npr. na klientovo značilnost, potrebo, motnjo v aliansi) in z nečim (z intervencijo oziroma strategijo). Zanimivo je tudi, da so skupne dejavnike preokvirili v *dejavnike, ki se pogosto dogajajo* (angl. *things that happen commonly*);

4. *model formulacije primera* (angl. *case formulation approach*) (Eels, 2007) predstavlja z dokazi podprt model za razumevanje problemov posameznega klienta v štirih korakih: a) zbiranje informacij, b) eksplicitno in/ali implicitno oblikovanje terapevtskega načrta ali formulacija primera, c) razvoj pojasnjevalne hipoteze, s katero terapevt pojasnjuje klientove težave, za katere sta se skupaj s klientom odločila, da bosta v terapiji na njih delala, ter d) terapevtski načrt, zasnovan na zgornjih elementih;
 5. *model ponovne utrditve spomina* (angl. *memory reconsolidation model*) (Hardt, Einarsson in Nader, 2010; Ecker, Ticic in Huley, 2012; Lane in dr., 2015), ki predstavlja osrednji mehanizem spremembe znotraj *koherentne terapije* (angl. *coherence therapy*) (Ecker in Hulley, 2016) in se nanaša na odklepanje, predelavo in vnovično zaklepanje sinaptičnih povezav, ki vsebujejo določen spomin, tako da klient izbriše določen pomen, ki mu je v preteklosti povzročal težave;
 6. *model na izsledkih temelječe prakse* (EBP), ki sem ga že opisal zgoraj.
- Podobno kot Modic tudi Laska, Gurman in Wampold (2014) menijo, da predstavljajo integrativni in transdiagnostični pristopi pozitiven razvoj v raziskovanju psihoterapije in se prekrivajo s pristopi, ki temeljijo na skupnih dejavnikih. Vendar pa hkrati opozarjajo, da moramo biti pozorni na metodologije oziroma pravila znanstvenega raziskovanja, ki jih posamezni raziskovalci zagovarjajo in uporabljajo. Tako med zagovorniki transdiagnostičnih pristopov lahko še vedno najdemo take, ki dajejo prednost empirično podprtim terapijam (EST) in z nadzorovanimi študijami poskušajo odkriti predvsem specifične sestavine.

3.4.

Razvoj različnih konceptualizacij skupnih dejavnikov

Leta 1986 je Karasu (1986) predlagal ožjo konceptualizacijo skupnih dejavnikov s tremi kategorijami, saj si po njegovem mnenju z uporabo različnih teorij in tehnik večina pristopov pri klientu prizadeva doseči terapevtske spremembe na čustveni, kognitivni ali vedenjski ravni. Tako npr. psihoanaliza s pomočjo prostih asociacij spodbuja čustveno, z interpretiranjem kognitivno in s potrjevanjem vedenjsko procesiranje. Menil je, da podobno vsak terapevtski pristop izvaja specifične postopke za spodbujanje klientov k podobnim ciljem in procesom.

Istega leta sta Butler in Strupp (1986) že opozorila na neplodnost polarizacije oziroma dihotomije med specifičnimi in skupnimi dejavniki. Namesto tega sta poudarjala *medosebni kontekst*, ki predstavlja ozadje specifičnim tehnikam in intervencijam. S te perspektive terapevtski odnos ni več ostro ločen skupni dejavnik, temveč je generator določenega medosebnega konteksta, ki podpira in spodbuja specifična terapevtska dejanja in dogodke v terapevtskem procesu.

Istega leta 1986 je Michael Lambert iz več raziskav o izidih psihoterapije dejavnike terapevtske uspešnosti in učinkovitosti razvrstil na štiri področja ter jim odmeril procent vpliva (glej sliko 3): 40 % klient in zunajterapevtski oziroma življenjski dejavniki (npr. moč jaza, socialna podpora idr.), 30 % skupni dejavniki, kjer je bil kot najpomembnejši izpostavljen terapevtski odnos (npr. empatija, toplina, spodbuda za tveganje idr.), 15 % upanje, pričakovanje in placebo učinek ter 15 % tehnike, ki so specifične za določen psihoterapevtski pristop (Lambert, 1986, 1992, 2007, 2013abc; Lambert in Barley, 2001; Lambert in Ogles, 2004, 2014; Možina, 2013; Kobal, 2013; Žvelc, 2011). Lambertov model je bil provokativen, saj je sporočal, da je vpliv metod in tehnik v okviru različnih pristopov veliko manjši, kot se je mislilo do takrat.

Slika 3

Terapevtski dejavniki in procentualni delež njihovega prispevka k pozitivnemu izidu psihoterapije (po Norcross in Lambert, 2019: 11)



Leta 1987 sta Orlinsky in Howard v *generičnem modelu psihoterapije* predstavila pet skupnih dejavnikov terapevtskega procesa, ki so značilni za vse terapevtske pristope: 1) terapevtski dogovor, ki definira cilje in okvir obravnave; 2) terapevtske intervencije; 3) terapevtska čustvena vez med terapevtom in klientom; 4) terapevtova in klientova samoodnosnost (angl. self-relatedness), tj. sposobnost za samouravnavanje čustev, misli, vedenj in interakcij; 5) terapevtski dosežki, ki se kažejo v uspešnih učinkih med terapevtskim srečanjem. Med vsemi dejavniki naj bi imela največji vpliv na izid psihoterapije terapevtska vez (Orlinsky in Howard, 1986, 1987; Kobal, 2013).

Generični model je skupaj s Frankovim in Torreyevim oblikoval teoretični temelj kontekstualnega modela s tremi bistvenimi elementi za aktivacijo terapevtskih sprememb: (a) čustveno nabit, zaupen odnos, (b) sprejemljiva razlaga psihološkega stresa in (c) obravnava, ki se sklada z razlago (Imel in Wampold, 2008). Ključnega pomena za koristnost in legitimnost terapije je kontekst, tako medosebni kot kulturni, v katerem se odvija (Frank in Frank, 1991; Torrey, 1972). Da bi bila razlaga učinkovita, mora biti (a) skladna s kulturnim okvirjem terapevtske prakse (npr. razlaga o neravnovesju čija se ne sklada s kontekstom ordinacije zdravnika zahodne medicine), (b) podobna klientovi aktualni razlagi stresa, ki ga doživlja in (c) skladna s klientovim sistemom prepričanj (Coleman in Wampold, 2003; Wampold in dr., 2006). Te predpostavke se ujemajo z izsledki raziskav, ki poudarjajo, kako pomembno je, da se logična osnova terapije sklada s posameznikovim pogledom na svet ali kulturnimi prepričanji (npr. Addis in Jacobson, 1996; Atkinson in dr., 1991).

Če je bilo v prejšnji fazi raziskovanja psihoterapije prežgodaj, da bi lahko premostili razpoko med raziskovanjem in prakso, je v devetdesetih letih to postajalo vse bolj mogoče (Orlinsky, 1994; Orlinsky in Russel, 1994; Aveline in Shapiro, 1995), tako da je v knjigi z naslovom *Psihoterapevtsko raziskovanje in praksa: premoščanje vrzeli* (Talley, Strupp in Butler, 1994) Luborsky (1994) popravil svojo pesimistično objavo iz leta 1969 (Luborsky, 1969).

Leta 1990 so Larry E. Beutler in sodelavci objavili *model sistematične izbire obravnave* (angl. systematic treatment selection model), v katerem so skušali združiti skupne in specifične dejavnike. Terapevti naj bi ga uporabljali za usmerjanje obravnave, upoštevajoč klientove in terapevtove spremenljivke, okolje, seting ter vrste obravnave (Beutler in Clarkin, 1990). Kasneje so opisali svoj pristop kot "prepoznavanje skupnih in razlikovalnih načel spremembe" (Beutler, Moleiro in Talebi, 2002; Beutler in Harwood, 2002).

Na področju družinske terapije je Pinsof (1995) oblikoval matrico z različnimi ravnmi odnosnega sistema, ki so na eni osi predstavljale fokus problema in intervencij (družina, par, posameznik ali širši sistem), na drugi osi pa metakategorijo, ki je opisovala problem ali intervencijo (npr. vedenjsko, kognitivno, na čustva osredotočeno, psihodinamsko). Breunlin, Schwartz in Mac Kune-Karrer (1997) pa so predlagali več metaokvirjev za obstoječe metode družinske terapije, ki so segale od fokusa na notranjih procesih preko razvoja do kulture.

Zaradi vse večjih težav pri definiranju in izboru skupnih dejavnikov, saj se je na podlagi mnogih raziskav njihovo število vse bolj večalo in postajalo nepregledno, so jih različni avtorji, predvsem na podlagi svojega razmisleka, poskušali smiselno razredčiti. Tako sta npr. Grencavage in Norcross (1990) na osnovi analize 50 študij izločila vse tiste skupne dejavnike, ki niso bili omenjeni v vsaj

10 % virov. Ostalo jih je 35, ki sta jih razvrstila v 5 kategorij: 3 v klientove značilnosti, 6 v terapevtove kvalitete, 16 v procese spremembe, 7 v strukture zdravljenj in 3 v elemente odnosa (glej tabelo 1).

Tabela 1

Skupni dejavniki in pet nadrejenih kategorij po Grencavageu in Norcrossu (1990, str. 375).

Nadrejena kategorija	Skupni dejavniki 
I. Klientove značilnosti	1. pozitivna pričakovanja / upanje ali vera; 2. klient v stiski, inkongruenten klient; 3. aktivno išče pomoč
II. Terapevtove kvalitete	4. splošne pozitivne lastnosti; 5. neguje upanje/povečuje pričakovanja; 6. topel/pozitiven v odnosu; 7. empatično razumevajoč; 8. družbeno priznan terapevt; 9. sprejemajoč
III. Procesi spremembe	10. priložnost za katarzo/čustveno izražanje; 11. pridobitev in vadba novih vedenj; 12. omogočanje racionalnih razlag; 13. spodbujanje uvida/zavedanja; 14. čustveno in medosebno učenje; 15. povratne informacije/preizkušanje resničnosti; 16. sugestije/predlogi; 17. uspeh/izkušnje obvladovanja; 18. prepričevanje; 19. placebo učinek; 20. identifikacija s terapevtom; 21. upravljanje naključnih dogodkov; 22. zmanjševanje napetosti; 23. terapevt kot model; 24. desenzibilizacija; 25. nudenje informacij/psihoedukacija
IV. Strukture obravnave	26. uporaba tehnik/ritualov; 27. osredotočanje na "notranji svet"/razi-skovanje čustvenih tem; 28. sledenje teoriji; 29. zdravilne okoliščine (seting); 30. soustvarjanje; 31. komunikacija (verbalna in neverbalna); 32. razlaga terapevtskega procesa in vloge udeležencev
V. Elementi odnosa	33. razvoj terapevtskega delovnega odnosa in odnosa na splošno; 34. angažiranost; 35. transfer

3.5. Na klienta usmerjena perspektiva

Leta 1993 so se na psihoterapevtskem kongresu v Washingtonu prvič srečali psihologi Barry Duncan, Scott Miller in Mark Hubble. V trenutku je med njimi nastal občutek velike uglašenosti in strinjali so se, da ne vidijo smisla v utemeljevanju kateregakoli novega modela psihoterapije, saj jih je takrat po različnih štetjih obstajalo že od 400 do 1000. Zavihali so rokave in skupaj našli pot iz tega Babilona različnih tehnik, metod in pristopov, kar so leta 1997 opisali v dveh med seboj dopolnjujočih se knjigah (Miller, Duncan in Hubble, 1997; Duncan, Hubble in Miller, 1997). Čeprav so vsi trije najprej pognali korenine v pristopu Milтона

Ericksona ter v interakcijski in k rešitvi usmerjeni terapiji (Miller, Hubble in Duncan, 1991), so se naslonili na teorijo skupnih dejavnikov (predvsem pa na Lambertovo oceno ključnega pomena klientovih zunajterapevtskih/življenjskih dejavnikov (Lambert, 1986, 1992) in integracijsko gibanje v psihoterapiji (Duncan, Parks in Rusk, 1990)) ter oblikovali nov, integrativni besednjak in okvir za operacionalizacijo psihoterapevtske klinične prakse ne glede na psihoterapevtovo pripadnost različnim pristopom oziroma modelom (Hubble, Duncan in Miller, 1999; Duncan in dr., 2010). Zagovarjali so stališče, da lahko psihoterapevt uporablja katerokoli tehniko, strategijo in teorijo, da je le krepila enega ali več skupnih dejavnikov in bila smiselna za klienta. S poudarjanjem "na klienta usmerjene" perspektive (Duncan in Moynihan, 1994; Duncan, Solovey in Rusk, 1992) so se sklicevali na izsledke raziskav, po katerih je bila učinkovitost intervencij odvisna predvsem od izkoriščanja klientovih virov, moči (odpornosti), upoštevanja njegovih upanj, pričakovanj, ciljev in »teorij o spremembi«^{8,9} (kako si klient predstavlja, da bi mu terapija lahko bila v pomoč), ocen terapevtskega odnosa in preferenc glede intervencij (Duncan in Miller, 2000ab; Duncan in Sparks, 2002; Duncan, Miller in Sparks, 2004; Sparks, Duncan in Miller, 2008; Miller in Duncan, 2012; Duncan, 2014).

Njihova tretja knjiga *Srce in duša spremembe* (angl. *The Heart and Soul of Change*) (Hubble, Duncan in Miller, 1999) je naletela na izjemen odziv, tako da je postala najbolj prodajana knjiga v zgodovini njenega založnika, Ameriškega združenja za psihologijo, in prejela Menningerjevo nagrado za znanstveno pisanje. Nasvete za učinkovitejšo prakso, ki so jih objavili v knjigi, je Miller na osnovi svoje prakse strnil takole: "Na vznikov sedež terapije sem posadil klienta. Bolj kot kdajkoli prej sem si prizadeval postaviti v oklepaj lastne ideje in terapijo organizirati na osnovi klientovih ciljev in prepričanj. Več časa sem posvečal poslušanju in manj govorjenju ali postavljanju 'namenskih' vprašanj. Svoje sugestije in intervencije sem navezoval na interakcijo s klientom." (Miller, 2004, str. 48)

- 8 O pomenu klientove teorije o vzrokih problemov, ki jih ima, in o vrsti terapije zgovorno kaže študija Hesterja in sodelavcev (1990; v Miller in dr., 2005, str. 286), v kateri so primerjali učinkovitost tradicionalnega načina zdravljenja alkoholne zasvojenosti s pristopom, ki je temeljil na vedenjskem modelu učenja. Podobno kot v predhodnih raziskavah ob koncu zdravljenja niso našli razlik. Vendar pa je spremljanje (follow-up) pokazalo, da so tisti klienti, ki so pred začetkom zdravljenja verjeli, da so imeli probleme z alkoholom zaradi bolezni, v večji meri vzdrževali abstinenco, če so bili deležni tradicionalne (to je na abstinenci temelječe) obravnave. Klientom, ki so verjeli, da je njihov alkoholizem "slaba navada", pa je bolj pomagala na učenju temelječa obravnava (Wolfe in Meyers, 1999).
- 9 Podobno je Graham Barnes v okviru svojega koncepta »refleksivne psihoterapije« poudarjal, da naj se psihoterapevti namesto osredotočanja na teorijo in na psihopatološko diagnostiko svoje šole raje posvečajo »teoriji« vsakega klienta in uporabljajo svojo domišljijo za soustvarjanje alternativnih teorij skupaj s klienti (Možina, 2020bc; Možina in Barnes, 2020). Priporočal je, da naj psihoterapevti upoštevajo »enkratnost in vire vsakega posameznega klienta in zaupajo dialogu, v katerem se porajajo 'prave', zdravilne besede in ustrezni koncepti za reševanje problemov s ciljem osvoboditve klientov in povečevanja števila, obsega in pomena njihovih izbir.« (Barnes, 2002, str. 20)

Kljub velikemu uspehu knjige *Srce in duša spremembe* in čeprav je bila teorija skupnih dejavnikov smiselna tako s kliničnega kot z empirično raziskovalnega vidika, pa je udarno trojko navdala z novimi dvomi ugotovitev, da se s poudarjanjem pomena skupnih dejavnikov izidi terapij niso izboljšali. Spraševali so se zakaj in ugotovili, da so zanemarili nekaj dejstev: "Že od začetka smo se zavedali paradoksalnosti vsakega poskusa, da bi skupne dejavnike prevedli v konkretne odločitve v vsakdanji terapevtski praksi. Nikoli ne bo mogoče razviti terapevtskega pristopa, ki bi temeljil na skupnih dejavnikih, ker so po definiciji skupni vsem pristopom! Seveda smo upali, da bi predstavitev dejavnikov v obliki načel lahko obšla ta problem, tako da bi terapevtom nudila prožen okvir za prirojavanje terapije potrebam posameznega klienta, ne da bi pri tem ustvarili nov terapevtski model. Navsezadnje so raziskave kazale, da so terapevti prepričani, da je njihova veščina v izbiranju in uporabi terapevtskih tehnik tisto, kar je odločilnega pomena za izid. Na žalost pa so izsledki študij o izidu govorili drugače. Prepričanost terapevtov v to, da so sposobni izbrati pravi pristop za posameznega klienta, je preprosto napačna. Če smo upoštevali še študije, ki so kazale majhen ali ničeln učinek terapevtovega usposabljanja ali izkušenj na izid terapije, potem je bilo jasno, da je naše upanje, ki smo ga gojili na začetku našega sodelovanja, boleče naivno." (prav tam)

Vedno bolj se jim je utrjevalo spoznanje, da se psihoterapevti tradicionalno preveč ukvarjamo s seboj in s tem, kar počnemo ali naj bi počeli. V strokovnem diskurzu še vedno prevladujejo teme, kaj je najboljši, pravi in najučinkovitejši način terapije, kaj je najmodernejša in najboljša teorija ali tehnika ali kako bi lahko psihoterapevti prišli do boljšega statusa in bolje plačanih storitev v sistemu zdravstvenega zavarovanja. Kljub jasnim izsledkom, da glavni heroj terapije ni terapevt, temveč klient (Anderson in Goolishian, 1992; Duncan in Miller, 2000ab; Duncan, Miller in Sparks, 2004), sta ostajala izkušnja in zadovoljstvo klientov s psihoterapevtskimi storitvami še vedno tema v ozadju¹⁰. Tudi ko so se ozirali v zgodovino psihoterapije, so našli kup zgovornih primerov nepotrebnosti narcisoidnosti terapevtov, povezanih z modnimi muhami, npr. od prepričanja v šestdesetih letih, da je kraljeva pot do duševnega zdravja "priti v stik z lastnimi čustvi" (npr. Rogers, 1961), preko premika težišča k vedenju (Skinner, 1971) in mislim (Beck, 1963, 1964, 1976, 1997, 2013) ter disfunkcionalnim družinam (Minuchin, 1974; Selvini Palazzoli in dr., 1978) do današnjih biopsihosocialnih pristopov, "utelešenih" in energetskih terapij ter kombinacije

¹⁰ Millerju se je zazdelo celo poudarjanje sodelovanja s klientom, soustvarjanja in klientovih virov in moči nova možna stranpot, v kolikor bi se ob tem terapevti spet zavihteli na belega konja v prepričanju, da so lahko osvoboditelji klientovih virov. To bi bila potem spet le narcisoidnost terapevtov v novi preobleki: "To je bila v resnici moja terapevtska kariera od samega začetka: jaz, jaz, jaz." (Miller, 2004, str. 50)

psihofarmakoterapije in empirično podprtih terapij (Miller in Hubble, 2004; Sparks, Duncan in Miller, 2006). In ko neka modna muha mine, se psihoterapevti premalo sprašujemo, kako smo tako lahkoverni in kakšen je vpliv naših prepričanj na to, kar počnemo.

Pa tudi za raziskovalce se je pokazalo, kako je njihova presoja odvisna od zaverovanosti in prepričanj. Leta 1999 je raziskovalno srenjo močno razburkal Luborsky s sodelavci s ponovno analizo 29 študij, ki so med seboj primerjale različne pristope oziroma metode, saj so ugotovili kar 0.85 visoko soodvisnost med *naklonjenostjo raziskovalca* psihoterapije določeni terapevtski metodi in izidom terapij, ki jih je ta raziskovalec med seboj primerjal. Ko so naredili korekcijo tega pomembnega vpliva, so se pokazale razlike v velikosti učinka različnih psihoterapevtskih pristopov oziroma metod statistično nepomembne¹¹ (Luborsky, Diguier, Seligman in dr., 1999). Hkrati je od takrat naprej postalo jasno, da je potrebno v vsaki metaanalitični primerjalni raziskavi psihoterapevtskih pristopov oziroma metod sistematično preverjati raziskovalčevo naklonjenost terapiji, da bi lahko upoštevali njen vpliv na oceno učinka, ter oblikovati take raziskovalne time, v katerih bi bil vsak raziskovalec poznavalec in privrženec ene od primerjanih psihoterapij (Šugman Bohinc in Kobal, 2003).

3.6. Klientova povratna informacija kot skupni dejavnik za večjo uspešnost psihoterapije

Potem ko je Miller skupaj z Duncanom napisal članek z naslovom *Izgubljena paradigma: od modelov k na klienta usmerjenemu, o izidu informiranem kliničnem delu* (Miller in Duncan, 2000), se je trojka z vso vnemo lotila razvoja lastnega načina sistematičnega povratnega informiranja, o katerem pričajo tudi njihove objave (npr. Duncan in dr., 2003; Duncan, Miller in Hubble, 2007; Miller in dr., 2003; Miller, Duncan in Hubble, 2004; Miller in dr., 2005; Miller in dr. 2006). Naslonili so ga na dva trdna izsledka dotedanjih raziskav: 1) klientske ocene terapevtskega odnosa so merodajnejše od ocen terapevtov; 2) klientova subjektivna ocena spremembe zgodaj v procesu obravnave je eden najboljših napovednikov izida ne glede na to, za kakšno kombinacijo klienta in terapevta ali klienta in programa gre (Miller, 2004, str. 50).

S svojim načinom "povratno informirane obravnave" (angl. *feedback informed treatment*) so začeli redno spremljati stanje terapevtskega odnosa ter stanje klientovega delovanja in počutja, ki so ju evalvirali na osnovi klientove (samo) ocene (Miller, 2012). Namen pridobivanja teh podatkov o klientovi izkušnji je

¹¹ Do enake ugotovitve so prišli Miller, Wampold in Varhely (2008), ko so z metaanalizo primerjali različne pristope za psihoterapijo otrok in mladostnikov. Ko so korigirali vpliv naklonjenosti raziskovalca, med različnimi pristopi ni bilo statistično pomembnih razlik.

pravočasno zaznati morebitne dejavnike negativnega izida ter temu primerno sproti prilagajati psihoterapevtsko obravnavo¹².

Že do leta 2004 so s pomočjo sistema PCOMS (Partners for Change Outcome Management System) (Duncan in Reese, 2015) zbrali povratne informacije okoli 12.000 klientov, kasneje pa v sodelovanju z različnimi terapevti in klienti na različnih lokacijah še veliko več (npr. za terapijo zasvojenih z alkoholom (Miller, Mee-Lee in dr., 2005), za psihoterapijo otrok in mladostnikov (Duncan in dr., 2006), seksualno terapijo (Miller in Donahey, 2012)), tako da so danes že na voljo rezultati naključnih nadzorovanih študij in metaanaliz (Schuckard in Miller, 2016; Schuckard, Miller in Hubble, 2017). Skladno z rezultati predhodnih raziskav so ugotovili, da terapevtov pristop, tudi če je vključena psihofarmakoterapija, ne vpliva na izid. Po drugi strani pa je imelo "povratno informiranje v dejanskem času" obravnave (angl. *real time feedback*) dramatičen učinek. Že po šestih mesecih uporabe se je uspešnost obravnav dvignila do 60%. Kar je bilo še bolj presenetljivo, take rezultate so dosegli tudi terapevti brez dodatnega usposabljanja v kakšni novi terapevtski modaliteti, tehniki ali diagnostiki. Terapevti so bili popolnoma svobodni v načinu dela s klienti, edina omejitev sta bili njihova lastna ustvarjalnost in etika (Miller, 2012; Miller in dr., 2014; Miller in dr., 2015).

3.7. Pomembni premiki v razvoju empiričnega potrjevanja skupnih dejavnikov

Leta 1997 je Wampold s sodelavci (Wampold in dr., 1997) potrdil Dodo razsodbo z izčrpno metanalizo 227 študij iz obdobja 1970 do 1995, katerih namen je bil dokazati učinkovitost določenih psihoterapevtskih pristopov (t. i. »bona fide terapij«, ki jih terapevti izvajajo kompetentno s pričakovanim pozitivnim izidom). Meta analiza je pokazala, da med pristopi ni statistično pomembnih razlik ne glede na to, ali so se pristopi med seboj zelo razlikovali ali pa so si bili podobni.

Leta 2002 so Luborsky in sodelavci (2002) pregledali 17 metaanaliz primerjav aktivnih terapij med seboj za razliko od običajnejših primerjav aktivnih terapij s kontrolnimi in ugotovili povprečno velikost učinka za Cohenov d .20, ki je

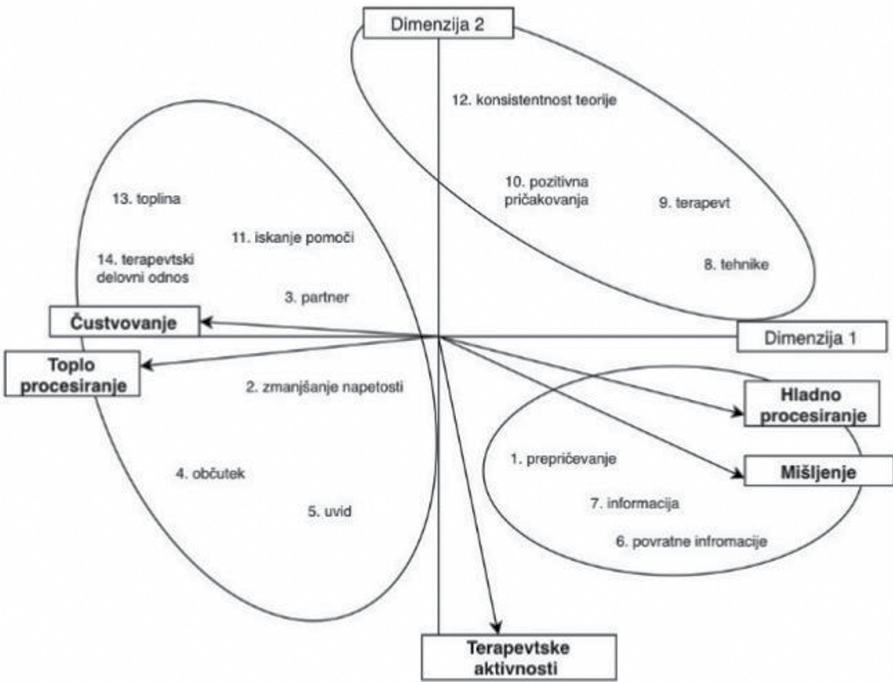
majhen in statistično nepomemben (enakovredna vrednost Pearsonovega r bi bila .10), s čimer so potrdili Rosenzweigovo predpostavko iz leta 1936. Če pa so upoštevali še pripadnost oziroma zvestobo (angl. *adherence*) raziskovalcev določenemu psihoterapevtskemu pristopu, so se razlike še zmanjšale tako glede velikosti kot pomena, na kar so opozorili že Luborsky in sodelavci (1999).

Med različnimi poskusi oblikovanja bolj empirično podprte klasifikacije skupnih dejavnikov, ki ne bi temeljila samo na osebnih preferencah avtorjev, temveč tudi na uporabi statističnih metod, sem za ponazoritev izbral študijo Traceya in sodelavcev (2003), ki so si pomagali z večrazsežnostnim lestvičenjem (angl. *multidimensional scaling*) in analizo s skupinami (angl. *cluster analysis*). Na ta način jim je uspelo zmanjšati število nadrejenih kategorij, ugotoviti povezave med določenimi skupnimi dejavniki in postaviti empirični temelj za njihovo kategorizacijo. Na osnovi modificiranega seznama Grencavagea in Norcrossa (1990) so izdelali vprašalnik, ki so ga posredovali 16 psihologom in 5 izkušenim raziskovalcem psihoterapije, da bi raziskali njihovo razumevanje različnih vidikov psihoterapevtskega procesa. Ugotovili so, da je možna konceptualizacija skupnih dejavnikov (glej sliko 4):

- na dveh dimenzijah: *terapevtska aktivnost* (npr. vedenja v terapevtski interakciji, kot so nudenje informacij, povratna zveza in uvid, ter vidiki, ki predstavljajo zunanji okvir terapije, kot so teoretična skladnost, pozitivna pričakovanja in klientovo zaupanje v terapevtove zdravilne sposobnosti) ter *toplo nasproti hladnemu procesiranju* (oziroma čutenje nasproti mišljenju) in
- s tremi skupinami (clustri): *vez* (terapevtski delovni odnos), *informiranje oziroma razlaga* (koliko je terapevtova razlaga za klienta smiselna) in *struktura* (pomembno je, da ima vsaka terapija strukturo, pa čeprav je latentna ali implicitna).

12 Za merjenje so začeli uporabljati dve preprosti lestvici: "Lestvico ocene srečanja" (angl. Session Rating Scale - SRS) in "Lestvico ocene izida" (angl. Outcome Rating Scale - ORS). Lestvici SRS in ORS sta kratki orodji s štirimi točkami, ki sta v več študijah pokazali zanesljivost in veljavnost (Duncan in dr., 2003; Miller in dr., 2003; Bringhurst in dr., 2006). Predvsem zaradi kratkosti in preprostosti sta se pokazali primerni za uporabo v vsakdanji klinični praksi. Orodja, ki zahtevajo več kot pet minut, namreč zmanjšajo verjetnost dolgoročne uporabe ter povečajo verjetnost pritožb s strani klientov. Lestvico ORS se uporablja pred srečanji in se z njo preverja počutje klienta v zadnjem tednu na področju individualnega, medosebnega, socialnega in splošnega počutja. SRS se, nasprotno, uporablja ob zaključku vsakega srečanja in se z njo oceni stanje terapevtskega odnosa, klientovo doživljanje ciljev in nalog, pristopa in metode ter klientov splošni vtis (Schuckard in Miller, 2016).

Slika 4
Dvodimenzionalni prostorski prikaz analize večrazsežnostnega lestvičenja skupaj z analizo s skupinami (angl. cluster analysis). Pomembni pojasnjevalni vektorji so prikazani v okvirčkih (po Tracey in dr., 2003, str. 407).



Po letu 2000 se začeli razni avtorji objavljati več raziskav o skupnih dejavnikih tudi v okviru partnerske in družinske psihoterapije (PDP) (npr. Sexton in Ridley, 2004; Sexton in dr., 2004; Sprenkle in Blow, 2004ab; Davis in Piercy, 2007; Blow, Sprenkle in Davis, 2007; Blow in dr., 2009; Sprenkle, Davis in Lebow, 2009; Davis, Lebow in Sprenkle, 2012; Lebow, 2014; Karam in dr., 2015). Leta 2004 je prišlo do zanimivega soočenja med Sextonom in sodelavci (2004) na eni strani ter Sprenklom in Blowom (2004ab) na drugi strani. Sexton in sodelavci (2004) so se sicer strinjali, da skupni dejavniki prispevajo k učinkoviti psihoterapiji in da jih mora upoštevati vsak model PDP, če hoče biti učinkovit. Dodali pa so tudi kritiko, da teorija skupnih dejavnikov preveč poenostavlja terapevtski proces, saj spregleda kompleksnost PDP, terapevtske spremembe ter raznolikost klientov in okoliščin, v katerih poteka terapevtska obravnava. Sprenkle and Blow (2004b) pa sta glavni namen teorije skupnih dejavnikov videla prav v osvetljevanju temeljnih mehanizmov sprememb, ki si jih delijo različni pristopi PDP, pri čemer so “modeli sredstva, preko katerih delujejo tako skupni kot tudi specifični dejavniki” (prav tam, str. 151). Poudarila sta, da cilj teorije skupnih dejavnikov nikakor

ni poenostavljeno razumevanje terapevtskih sprememb, saj je PDP interakcijski proces, ki je povezan z značilnostmi klienta, terapevta, njunega odnosa ter mnogimi drugimi mehanizmi, ki so skupni učinkovitim modelom. Dodala sta tudi tri skupne dejavnike, ki so edinstveni za PDP: konceptualizacija problemov z relacijskimi pojmi, razširitev sistema neposredne obravnave in razširitev terapevtske aliance¹³. Zavzela sta se tudi za vključevanje teorije skupnih dejavnikov v izobraževanje iz PDP, tako da bi se ob učenju specifičnih modelov, metod in tehnik dajal poudarek tudi temeljnim terapevtskim veščinam, na primer empatičnemu poslušanju in odzivanju¹⁴.

Lambert in Ogles (2004) sta skupne dejavnike kategorizirala glede na čas pojavljanja v terapiji: (a) podporni, (b) učni in (c) akcijski dejavniki. Podpora predhodi učenju, čemur sledi delovanje. Kasneje je Lambert (2013b) to kategorizacijo dopolnil (glej tabelo 2). Vse terapije naj bi temeljile na sodelovanju, v katerem naj bi klientov povečan občutek zaupanja in varnosti ob istočasnem zmanjšanju napetosti, ogroženosti in tesnobe vodil k spremembam v razumevanju problemov in drugačnemu delovanju s preokvirjanjem strahov, večanjem pripravljenosti za tveganje in predelovanjem problemov.

Tabela 2
Zaporedje skupnih dejavnikov glede na podporo, učenje in delovanje (Lambert, 2013b, str. 200)

Podporni dejavniki	Učni dejavniki	Aksijski dejavniki
katarza/sprostitev napetosti	nasvet	soočanje s strahovi in tesnobo
zmanjševanje izolacije	čustveno podoživljanje	kognitivno obvladovanje
struktura/organizacija	asimilacija problematičnih izkušenj	opogumljanje za eksperimentiranje z novimi vedenji
pozitivni odnos	kognitivno učenje	pripravljenost na tveganje
pomirjanje	korektivna čustvena izkušnja	prizadevanje za doseganje obvladovanja
varen prostor	povratno informiranje	modeliranje
identifikacija s terapevtom	uvid	praksa
terapevtska aliansa	razlage	testiranje resničnosti
terapevtovo in klientovo aktivno sodelovanje	raziskovanje notranjih referenčnih okvirjev	doživljanje uspešnosti

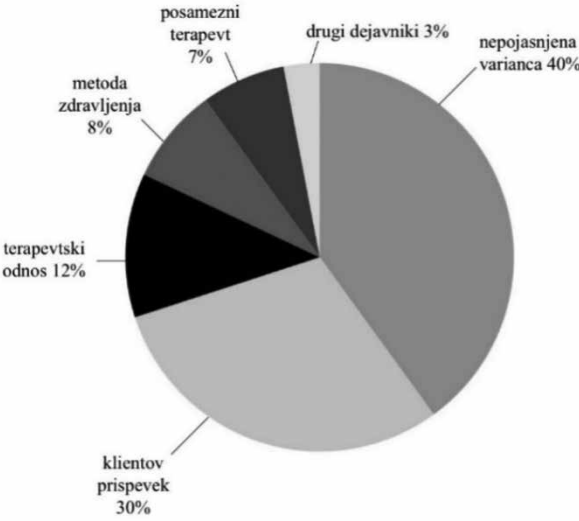
13 Kasneje so Sprenkle, Davis in Lebow (2009) dodali še četrtega, to je prekinitve disfunkcionalnih vzorcev.
14 Za natančnejši pregled, kako je teorija skupnih dejavnikov vplivala na partnersko in družinsko terapijo, glej Verbnik in Možina (2021).

Podporni dejavniki	Učni dejavniki	Akcijski dejavniki
prepoznavanje terapevtove ekspertnosti	sprememba pričakovanj o osebni učinkovitosti	predelovanje
terapevtova toplota, spoštljivost, empatija, sprejemanje, iskrenost	preokvirjanje dojemanja samega sebe	vedenjska/čustvena regulacija
zaupanje/odprto raziskovanje		

Joel Weinberger in Cristina Rasco sta leta 2007 naštela pet pogostih dejavnikov in preverila empirično podprtost vsakega od njih: terapevtski odnos, pričakovanja o učinkovitosti zdravljenja, soočanje s težavami in izpostavljanje, obvladovanje ali nadzor nad doživljanjem ter klientovo pripisovanje uspešnega izida notranjim ali zunanjim vzrokom (Weinberger in Rasco, 2007).

Pregled raziskav leta 2008 je pokazal, da je kar 30 do 70 % razlik v izidu psihoterapije posledica delovanja skupnih dejavnikov (Imel in Wampold, 2008), tako da sta leta 2011 Norcross in Lambert (2011b, str. 13) objavila nov tortni prikaz (glej sliko 5), s katerim sta poskušala zmanjšati zmedo, ki je med psihoterapevti nastala okoli tega, koliko odstotkov terapevtskega učinka pripada terapevtskemu odnosu in koliko tehnikam. Prvi tortni prikaz (glej sliko 3) je temeljil na pojasnjeni varianci, medtem ko sta z drugim prikazala skupno varianco izida, od katere je kar 40 % nepojasnjene (nekaj zaradi napak v merjenju in neustreznih metod, nekaj pa tudi na račun kompleksnosti človeškega vedenja, ki ga v celoti nikoli ne bo možno pojasniti). To je seveda zmanjšalo delež variance ostalih dejavnikov, tako da je na klienta odpadlo okoli 30 %, na terapevtski odnos 12 %, metodo 8 %, terapevta 7 % in druge dejavnike 3 %. Ključni nauk, ki ga je bilo mogoče potegniti iz nastale zmede, je torej bil, da je potrebno biti pozoren, ali so odstotki učinka terapevtskih dejavnikov izračunani na osnovi pojasnjene ali pa skupne variance in kako so v določenem modelu skupni dejavniki konceptualizirani.

Slika 5
Odstotki skupne variance izida psihoterapije, ki jih je možno pripisati terapevtskim dejavnikom (Norcross in Lambert, 2011b, str. 12).



3.8. **Skupni dejavniki so srce in duša terapevtske spremembe: empirična potrditev Dodovega vstopa v odraslost**

Leta 2010 je prišlo do druge, ponovno izjemno uspešne in odmevne izdaje *Srca in duše spremembe* (Duncan in dr., 2010), ko se jim je kot urednik pridružil še Bruce Wampold¹⁵, ki se je v zadnjih petindvajsetih letih uveljavil kot eden ključnih akterjev v razvoju teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela (Wampold, 2001ab; Wampold, 2010; Wampold in dr., 2010; Wampold, Imel in Miller, 2009; Norcross in Wampold, 2011, 2019; Wampold in Imel, 2015). Zdaj udarni četvorki in ne več trojki, kot pri prvi izdaji knjige, je v vlogi urednikov uspelo zbrati in povezati vse, kar je teorijo skupnih dejavnikov umestilo med empirično podprte teorije. Dodov vstop v odraslo obdobje je tako dobil znanstveno potrditev.

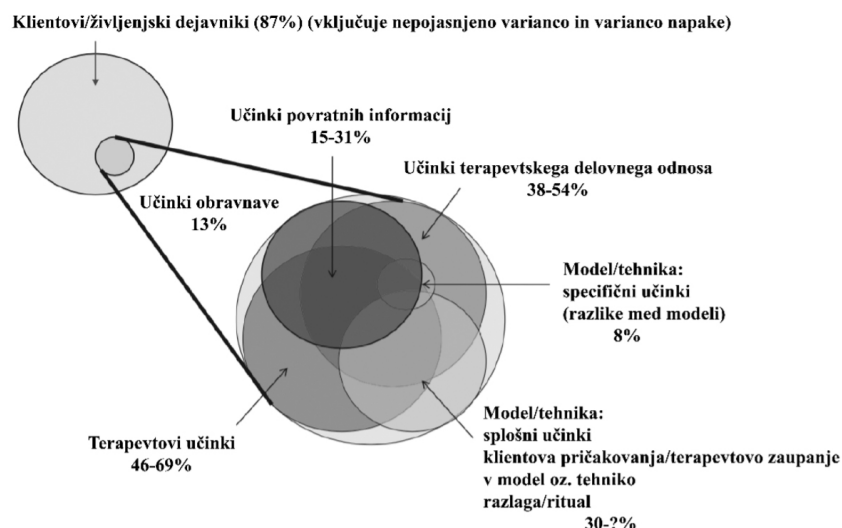
Istega leta je Duncan (2010; druga izdaja 2014) na osnovi metaanalitičnih študij opozoril na pomanjkljivosti Lambertovih tortnih diagramov (glej slike 3 in 5). Tak prikaz namreč napačno implicira, da je delež izida za vsak dejavnik

15 Ker Wampold ni le psihoterapevt, temveč je po osnovni izobrazbi matematik, je svojim odličnim metodološkim poznavanjem kvantitativne metodologije, ključno doprinesel k metaanalitičnemu potrjevanju pomena skupnih dejavnikov in razkritju pomanjkljivosti študij, ki so poskušale utemeljiti empirično podprte terapije (EST) (Wampold in dr., 1997; Wampold in dr., 2002; Wampold in dr., 2005; Wampold in Budge, 2012; Wampold in dr., 2017).

statičen in da vsi skupaj tvorijo 100 % učinka terapije. S tem se nakazuje, da so ti dejavniki samostojni elementi, ki jih je mogoče sestaviti v model obravnave, nato pa razviti tehnike in jih uporabiti v terapiji. Dejansko pa so dejavniki soodvisni, fluidni, dinamični in odvisni od tega, kdo so akterji, kakšne so njihove interakcije in kontekst, kar je Duncan prikazal s pomočjo Vennovega diagrama prekrivajočih se krogov in senčenj (glej sliko 6) petih dejavnikov, ki so se na podlagi metaanaliz izluščili kot najpomembnejši za pozitivni izid psihoterapije - klient, terapevt, terapevtski delovni odnos, model/tehnika (splošni in specifični učinki) in povratna informacija.

Slika 6

Skupni in specifični dejavniki, ki prispevajo k izidu psihoterapije
(Duncan, 2014 in Duncan, 2017, str. xvi)



Duncan poudarja, da je teh pet dejavnikov med seboj soodvisnih in prekrivajočih (glej sliko 6): "Tehnika je terapevtski delovni odnos v akciji, saj vsebuje razlago za klientove probleme in njihovo rešitev ter terapevtovo prepričanje, da bo terapija lahko v pomoč, in upanje, da se bo podobno prepričanje utrdilo v klientu. Ni mogoče imeti odnosa brez obravnave, brez dogovora med klientom in terapevtom, kako bo terapija naslovila klientove cilje. Podobno ni mogoče imeti pozitivnega pričakovanja za spremembo brez razumevanja oziroma razlage, kako do nje lahko pride, ki bo sprejemljiva tako za klienta kot tudi za terapevta. In končno, edini način, da izvemo, ali skupni dejavniki delujejo, je, da v dejanskem času, ko se odvija terapija, dobimo od klienta povratno informacijo, ali mu obravnava ustreza in pomaga." (Duncan, 2017, str. xv-xvi).

3.8.1. Klientovi/zunajterapevtski življenjski dejavniki

V primerjavi z Lambertovim tortnim diagramom je z Vennovo ponazoritvijo še jasneje razvidno, kako je motor in glavni akter terapevtske spremembe klient sam, saj klientovi dejavniki prispevajo k učinku terapije kar 87 %¹⁶ (glej krog na levi strani slike 6) (Bohart, 2000; Bohart in Tallman, 1999, 2010; Tallman in Bohart, 1999). Ti dejavniki so njegovi ali njeni viri, sposobnosti, moči, napor, vztrajnost, motivacija, zaupanje, stresne obremenitve, podpora bližnjih in v socialni mreži, članstvo v verski skupnosti, uspešno prebrodene krize v preteklosti ter naključni dogodki, kot so nova zaposlitev, ločitev idr. (Rodgers, 2003; Morris, Fitzpatrick in Renaud, 2016).

Če si preostalih 13 % učinka psihoterapevtske obravnave zamislimo kot nov krog (torej kot novih 100 %) (glej desni spodnji krog na sliki 6), potem prispevajo terapevtovi učinki od 46 % do 69 %, terapevtski delovni odnos od 38 % do 54 %, učinki povratnega informiranja od 15 % do 31 %, splošni vpliv modela oziroma tehnike okoli 30 % in specifični vpliv 8 %.

3.8.2. Terapevtovi učinki

Terapevtovi učinki k 13 % učinka psihoterapevtske obravnave prispevajo kar od 46 % do 69 % (Crits-Christoph in Mintz, 1991; Anker in dr., 2010; Wampold in Brown, 2005; Anderson in dr., 2009). Za dober izid psihoterapevtske obravnave ni ključnega pomena pripadnost terapevta določenemu pristopu, saj so med njimi zelo majhne in nepomembne razlike v izidih – in to velja za katerikoli duševno motnjo ali predstavljeni problem. Znotraj posameznih pristopov pa obstajajo bolj ali manj učinkoviti terapevti. Ključnega pomena torej ni, ali klient pride v psihoanalizo, sistemsko terapijo ali v katerikoli drugi pristop, temveč h komu pride¹⁷. Zato je v zadnjih desetih letih postalo ključno vprašanje raziskav o skupnih dejavnikih, kako si psihoterapevti lahko pomagajo, da bi postajali vse boljši (Duncan, 2014; Duncan, Miller in Hubble, 2007) in da bi dosegli t. i. "namerno prakso odličnosti" (Chow in dr., 2015; Rousmaniere, 2017; Rousmaniere in dr., 2017; Miller, Hubble in Chow, 2018, 2020).

Kaj prispeva k tako veliki variabilnosti? Najbolj k uspešnosti obravnave prispevata terapevtovi sposobnosti za grajenje trdne alianse (terapevtskega delovnega odnosa) in za aktivacijo klientovih virov. Uspešnejši terapevti so

16 V teh 87 % je sta vključeni tudi nepojasnjena varianca in varianca napake, torej vse tisto, kar je prispevalo k terapevtski spremembi, pa si še ne znamo pojasniti in pa tisto, kar si napačno razlagamo kot doprinos terapije (Asay in Lambert, 1999).

17 Kim, Wampold in Bolt (2006) v zvezi z znano TDCRP študijo (Treatment of Depression Collaborative Research Program) celo poročajo, da so pacienti, ki so od najučinkovitejših psihiatrov prejeli tablete sladkorja, imeli boljše izide kot tisti, ki so od najmanj učinkovitih psihiatrov dobili antidepresive. Torej je celo pri zdravljenju pomembno, kdo jih daje oziroma predpiše.

sposobni oblikovati sodelovalno alianso s široko paleto različnih klientov (Baldwin, Wampold in Imel, 2007; Anker in dr., 2010). V študiji Gassmanna in Graweja (2006) se je pokazalo, da so se neuspešni terapevti osredotočali na probleme klientov, medtem ko so zanemarjali njihove moči. Če so jih nagovorili, so to naredili na koncu seanse, medtem ko so se uspešni terapevti posvečali klientovim virom moči že od samega začetka. Poleg tega so uspešnejši terapevti besedno spretni, kar med drugim pomeni, da znajo ustrezno razložiti različne vidike terapije, so medosebno občutljivi, lahko prepoznajo klientova čustvena stanja in uravnavajo svoje čustveno izražanje na seansah, so topli, prijazni, sprejemajoči in vztrajni, se osredotočajo na klienta in njegove probleme, so profesionalno skromni, se sprašujejo o svoji učinkovitosti in se stalno izpopolnjujejo, se na primer udeležujejo delavnic, pregledujejo svoje delo s klienti, stalno razvijajo svoje veščine (Wampold in Imel, 2015; Littaauer, Sexton in Wynn, 2005) in imajo smisel za umetnost (Six, 2014). Za kratkotrajne terapije so najboljši terapevti, ki se aktivno vključujejo v proces terapije in so ekstrovertno naravnani, za dolgotrajne pa so primernejši tisti, ki so previdni in nevsiljivi (prav tam). V tabeli 3 so pregledno nanizane značilnosti učinkovitih psihoterapevtov, kot jih je na podlagi raziskav zbral Wampold (2011).

Tabela 3
Značilnosti učinkovitih psihoterapevtov (Wampold, 2011)

Značilnosti učinkovitih psihoterapevtov	
Obvladajo širok nabor medosebnih veščin, kar vključuje tudi besedno spretnost.	
Nabor medosebnih veščin vključuje zaznavanje medosebnih odnosov, toplino in sprejemanje, osredotočenost na drugega, čustveno prilagajanje in izraznost.	
Njihovi klienti se počutijo razumljeni, zaupajo terapevtu in verjamejo, da jim terapevt lahko pomaga.	
Znajo razvijati terapevtski delovni odnos s širokim spektrom različnih klientov.	
Znajo klientom ponuditi sprejemljivo in prilagodljivo razlago njihovih težav.	
So prožni in prilagajajo terapijo, če klient ne napreduje.	
Znajo pripraviti terapevtski načrt, ki se sklada z razlago, ki so jo dali klientu.	
Prepoznajo značilnosti klienta in njegovih življenjskih okoliščin.	
Na avtentičen način stalno budno spremljajo klientov napredek.	
Znajo vzbujati upanje in optimizem.	
Znajo vplivati, prepričevati in so prepričljivi.	

Značilnosti učinkovitih psihoterapevtov	
Se ne izogibajo čustveno zahtevnim temam in jih izkoristijo v terapevtske namene.	
Zavedajo se svojih psiholoških procesov in v terapijo ne vnašajo lastnih vsebin, razen ko to storijo namerno in v terapevtske namene.	
Sledijo najboljšim raziskovalnim izsledkom, ki jih lahko uporabijo pri delu z določenim klientom, problemom, v določenih pogojih obravnave, v določenem družbenemu kontekstu idr.	
Se stalno izpopolnjujejo, da dosegaajo (več kot) pričakovani napredek s klienti.	

Značilnosti, ki so šibko ali pa sploh niso povezane z izidom terapije, so terapevtova starost, izkušnost¹⁸, spol, rasa, stopnja, do katere terapevt sledi določenemu terapevtskemu protokolu, terapevtova samoocena socialnih veščin in lastne učinkovitosti ter kaj je terapevtov prvi poklic, v kolikor je psihoterapija drugi (Wampold in Imel, 2015).

3.8.3. **Učinki terapevtskega delovnega odnosa (terapevtske alianse)**

Prispevek terapevtskega delovnega odnosa je ne glede na terapevtovo teoretsko prepričanje od 38 % do 54 %, kar je pet- do sedemkrat več od prispevka modela ali tehnike¹⁹. Danes je najbolj sprejet Bordinov panteoretski model terapevtske alianse, ki združuje tri med seboj krožno povezane in soodvisne dejavnike: čustveno vez med terapevtom in klientom, strinjanje glede terapevtskih ciljev in nalog, ki omogočajo uresničevanje ciljev (Bordin, 1979, 1994; Horvath in Simonds, 1991; Safran, 1993; Quinn, Dotson in Jordan, 1997; Bachelor in Horvath, 1999; Praper, 2004; Čačinovič Vogrinčič in dr., 2005; Glebova in dr., 2011; Knerer in dr., 2011; Hoffart in dr., 2012; Kobal, 2004, 2013; Modic in Žvelc, 2016).

18 V največji do sedaj objavljeni študiji o vplivu terapevtove starosti in izkušenj na izid terapije (Goldberg in dr., 2016), v kateri je sodelovalo več ameriških univerz, se je pokazalo, da čeprav nekateri terapevti sčasoma postanejo boljši, v povprečju izkušeni terapevti postanejo manj učinkoviti. V Goldbergovo študijo je bilo vključenih kar 6.591 klientov, ki jih je obravnavalo 170 terapevtov. Ko se je študija začela, so imeli terapevti v povprečju za seboj 4,73 let terapevtskega dela in med 0,44 in 17,93 let delovnih izkušenj. Vsega skupaj so v času študije opravili 53.351 terapevtskih seans, povprečno 8,09 srečanj na klienta, ki so trajala povprečno 11,99 tednov. Glavna hipoteza je bila, da se z leti kakovost dela terapevtov izboljša, saj naj bi pridobili na izkušnjah in nadgradili svoje sposobnosti za terapevtsko delo, samozavest in empatijo. Izsledki pa so na presenečenje vseh pokazali, da terapevti z leti začnejo povičevati svojo uspešnost in jo jemljejo za preveč samoumevno. Posledično se zmanjša njihova učinkovitost in pripravljenost za poglobljeno delo s klienti. Boljše izide terapij je namreč imelo zgolj 39,41 % terapevtov.

19 Obstaja več kot 1.000 študij procesa in izida, ki potrjujejo visoko korelacijo med trdno alianso in pozitivnim izidom (Crits-Christoph, Connolly Gibbons in Mukherjee, 2013). Npr. v študiji Baldwina, Wampolda in Imela (2007), v kateri je sodelovalo 80 terapevtov in 331 klientov, so poročali, da so razlike v kakovosti terapevtskega odnosa prispevale neverjetnih 97 % variabilnosti izida glede na posameznega terapevta. Po drugi strani se variabilnost klientov ni pokazala prav nič povezana z izidom. Ko psihoterapevtski proces in izid ocenjujejo klienti, so povezave med kvaliteto terapevtskega odnosa in izidom še močnejše (Beck, Friedlander in Escudero, 2006, Escudero in dr., 2008). Uspešnejše terapevte klienti opisujejo kot bolj razumevajoče in sprejemajoče, empatične, tople in suportivne (Lambert in Barley, 2001).

3.8.4. Učinki povratnega informiranja

Sprotno zbiranje klientovih *povratnih informacij* in njihova uporaba za vodenje terapevtskega procesa prispevata k terapevtskemu izidu od 15 % do 31 %. Z razvojem računalniške in komunikacijske tehnologije postaja povratno informirana obravnava vse pomembnejša podpora za večanje učinkovitosti psihoterapije²⁰. Čeprav raziskave kažejo, da sta najboljša napovedovalca izida klientovo doživljanje alianse in njegovo sprejemanje ciljev, nalog in metod, že desetletja dajemo prednost terapevtovi oceni procesa, napredka in tega, kaj je pomembno (Norcross, 2010). Psihoterapevti napredek in zadovoljstvo svojih klientov pogosto precenjujemo in smo le v 5 % sposobni zaznati njihovo stagnacijo ali negativni izid (Hannan in dr. 2005; Maeschalck, Prescott in Miller, 2019). Ker primerjave terapevtovih in klientovih ocen procesa kažejo velike razlike, terapevtova perspektiva ni samozadosten vir podatkov ne za evalvacijo kot tudi ne za načrtovanje obravnave (Schuckard, Miller in Hubble, 2017).

Zato so se v zadnjih dveh desetletjih razvili verodostojnejši načini zbiranja klientovih povratnih informacij, kot so "povratno informirana obravnava" (feedback-informed treatment = FIT) (Miller in dr., 2015), "rutinsko merjenje izida" (routine outcome measurement = ROM) (de Beurs in dr., 2011; Maeschalck, Prescott in Miller, 2019; Miller, 2012), "spremljanje v dejanskem času" poteka obravnave (Real Time Monitoring = RTM) (Schiepek, 1999, 2008; Schiepek, Ludwig-Becker in dr., 2005; Schiepek, Picht in dr., 2005; Sommerfeld, 2005) in razne načine kvalitativnega spremljanja in raziskovanja klientovih izkušenj (Elliott in James, 1989; Elliott, 2008; Pesale, Hilsenroth in Owen, 2012; Radcliffe, Masterson in Martin, 2018). Tovrstni podatki pomagajo k informiranemu odločanju o vrsti obravnave in o tem, ali je potrebno z njo nadaljevati, jo spremeniti ali celo zaključiti. Če način dela ne kaže rezultatov, ga spremenimo in

spreminjamo toliko časa, dokler se učinki ne pokažejo²¹ (Prescott, Maeschalck in Miller, 2017).

Izjemno velik del variabilnosti izida med terapevti je povezan s terapevtskim delovnim odnosom oziroma alianso (Owen in Hilsenroth, 2011). Dejansko so z nadzorovanimi študijami pokazali, da kontinuirano ocenjevanje terapevtskega oziroma svetovalnega procesa in pogovarjanje s klientom o njem ter o izidu obravnave podvoji klinično pomembne učinke, zmanjša predčasne prekinitve obravnave za polovico in za tretjino zmanjša recidive (Miller in Bargmann, 2011). To pa je izjemnega pomena, saj prihaja do predčnih prekinitv (angl. drop out) v programih varovanja duševnega zdravja in obravnave zasvojenosti kar v 47 % (Wierzbicki in Pekarik, 1993). Čeprav je splošna učinkovitost psihoterapije dobra, še vedno velikemu številu klientov ne pomaga, pa naj gre za odrasle (Garcia in Weisz, 2002; McElvaney in Timulak, 2013; Redcliffe, Masterson in Martin, 2018) ali mladostnike in otroke (Kazdin, 1996; Robbins in dr., 2006). Npr. Hansen, Lambert in Forman (2002) so na podlagi nacionalne baze podatkov o 6.000 klientih ugotovili, da se je po rutinski stacionarni obravnavi stanje izboljšalo le 20 % klientov, medtem ko so nadzorovane študije pokazale 57 % do 67 % uspešnosti. Ne glede na to, kateri podatek je bolj reprezentativen, je jasno, da se velik del klientov vrne domov brez izboljšanja, kar je eden ključnih razlogov za uvajanje FIT, ROM in RTM.

Nesmiselno je torej načelno poudarjanje superiornosti določenega pristopa nad ostalimi ali določene (pod)skupine psihoterapevtov nad ostalimi, na primer tistih, ki delajo v zdravstvu nad tistimi zunaj njega. Najobetavnejše zagotovilo za kakovostnejšo in učinkovitejšo psihoterapijo današnjega dne in v prihodnosti je stalno spremljanje in evalviranje prakse posameznih psihoterapevtov oziroma posameznih terapevtskih obravnav tam, kjer se odvijajo.

20 Zanimivo je, kako malo pozornosti je psihoterapija v preteklosti posvečala izkušnji klientov, če na primer opravimo primerjavo s sodobnim menedžmentom, kjer je uporabniška izkušnja ključni koncept upravljanja s kakovostjo storitev (Hasin, Seeluangsawat in Shareef, 2019). Zagotavljanje dostopnosti izdelkov ali storitev je zaradi izjemno visoke konkurenčnosti ponudbe na trgu premalo. Ključen izziv za ponudnike je, kako zadovoljiti pričakovanja in potrebe uporabnikov, torej kako izpolniti njihove kriterije kakovosti. Organizacije zato vse pogosteje sistematično upoštevajo izkušnje uporabnikov in preverjajo njihovo zadovoljstvo, da lahko svojo ponudbo izdelkov ali storitev uspešno razvijajo (Oliver, 2012; Tikkanen in Alajoutsijärvi, 2002).

21 Žal v Sloveniji povratno informiranih obravnav še nimamo. Zanimiva pa je kvalitativna analiza anonimnih forumskih prispevkov izkušenj slovenskih klientov s psihoterapijo, ki jo je nedavno izvedla Malka Čeh (2020). Kritike klientov so letele prav na to, da se psihoterapevti premalo zanimajo za njihovo povratno informacijo o obravnavah, tako da ne zaznavajo njihovega nezadovoljstva, slabega počutja in razočaranja. Nekateri klienti so obravnave ocenili kot nekoristne, terapevtova vedenja pa kot neprimerna, nespoštljiva, nevljudna in ignorantska. S psihoterapevtom se niso povezali, se z njim niso ujeli, niso mogli zaupati in povedati, da so se v odnosu počutili slabo zaradi dvomov v terapevtovo naklonjenost. Nekateri so izrazili potrebo po več prostora za izražanje in po bolj abstinenčnem terapevtu, drugi pa so pogrešali več nasvetov, vodenja in odzivnosti. Malka Čeh svojo analizo zaključuje z ugotovitvijo, da bi bilo veliko negativnih izkušenj, ki jih klienti navajajo bodisi v povezavi z odnosom in terapevtovim vedenjem bodisi s samo obravnavo, mogoče s stalnim povratnim informiranjem o klientovem doživljanju lastnega napredka ne le preprečiti, temveč jih koristno uporabiti za krepitev alianse in s tem izboljšati terapevtske izide.

3.8.5. Učinki modelov in tehnik: specifični in splošni učinki (razlaga in ritual), klientovo pričakovanje (upanje, placebo) in terapevtovo zaupanje v model/tehniko

Če je specifični vpliv modela oziroma tehnike le 8 %, pa je splošni vpliv okoli 30 %. To pomeni, da ni toliko pomembno, ali terapevt uporablja tehniko prostih asociacij, praznega stola, iskanja izjem, postavljanja odnosnih kipov, domačih nalog, prikaza negativnih misli idr., temveč je večini metod in tehnik skupno to, da spodbujajo kliente k terapevtskim dejanjem. Terapevti pričakujejo, da bodo klienti nekaj naredili drugače, npr. razvili novo razumevanje, izkusili druge občutke, se soočili s strahovi in bojaznimi, spremenili stare vzorce vedenja itn. Modeli in tehnike klientu in terapevtu omogočajo strukturiranje in fokusiranje v plovbi po nepredvidljivih vodah v smeri terapevtske spremembe. Spominimo se Jeroma Franka (1971), ki je poudaril, da je spodbujanje klientovega upanja in pozitivnih pričakovanj ključni dejavnik pri mnogih oblikah zdravljenja in da vsi modeli vsebujejo mit ali *razlago* o klientovih težavah in postopek ali *ritual*, to je strategije za njihovo razreševanje. Tako modeli v večjem delu (30 %) učinkujejo preko aktivacije placeba, upanja in klientovih pričakovanj v kombinaciji s terapevtovim zaupanjem (angl. *allegiance*) v model oziroma tehniko²². Dokler je obravnava za klienta smiselna in spodbuja njegovo aktivno sodelovanje, tak ali drugačen pristop ne igra bistvene vloge. Z drugimi besedami, terapevtske tehnike so sredstva za posredovanje placeba (Kirsch, 2005, 2010; Kirsch, Wampold in Kelley, 2016; Wampold, Frost in Yulish, 2016).

Če torej z Dodovo pomočjo povzamemo:

Ključno vlogo pri terapevtski spremembi igrajo značilnosti in raznolikost klientov ter njihovega življenjskega konteksta v času obravnave.	
Psihoterapevt mora s svojim ravnanjem prožno in raznoliko odgovarjati na raznolikost klientov in njihovih življenjskih okoliščin.	
Terapevtski delovni odnos je pomembnejši od terapevtskih tehnik, vendar sta ta dva terapevtska dejavnika krožno povezana.	
Terapevt skupaj s klientom sooblikuje terapevtski proces na osnovi klientovih stalnih, sistematičnih povratnih informacij.	

22 V literaturi obstaja razlika med pojmom *prilagodljivost/zvestoba* določenemu pristopu ali metodi (angl. *adherence*) (glej npr. Tschuschke in dr., 2015) in pojmom *naklonjenost/prepričanje/zaupanje* v pristop, model ali tehniko (angl. *allegiance*) (torej z identifikacijo s pristopom, modelom ali tehniko), ki se lahko kaže pri raziskovalcu (glej npr. Dush, Hirt in Schroeder, 1983; Berman, Miller in Massman, 1985; Robinson, Berman in Neimeyer, 1990; Luborsky in dr., 1999; Leykin in DeRubeis, 2009; Munder in dr., 2011; Wilson in dr., 2011; Dragioti, Dimoliatis in Evangelou, 2015) ali terapevtu (Addis, Wade in Hatgis, 1999; Hollon, 1999; Shaw, 1999; Riemer, Rosof-Williams in Bickman, 2005; McLeod, 2009). Zaenkrat rezultati raziskav kažejo, da z visoko učinkovitostjo terapije korelira terapevtova nizka prilagodljivost in visoka naklonjenost (low adherence, high allegiance).

3.9. Ključna empirično podprta spoznanja o skupnih dejavnikih

Leta 2014 je bil v reviji *Psychotherapy*, ki jo izdaja združenje APA, objavljen sklop desetih člankov o teoriji skupnih dejavnikov, ki zagovarjajo združljivost empirično podprtih psihoterapevtskih pristopov in metod s teorijo skupnih dejavnikov ter poudarjajo pomembnost večjega števila spremenljivk, ki vplivajo na učinkovitost psihoterapije (Laska, Gurman in Wampold, 2014; Baker in McFall, 2014; Asnaani in Foa, 2014; Crits-Christoph, Chambless in Markell, 2014; Beutler, 2014; Lambert in Ogles, 2014; Constantino in Bernecker, 2014; Hofmann in Barlow, 2014; Weinberger, 2014; Laska in Wampold, 2014). Laska, Gurman in Wampold (2014) so izdelali še natančnejši povzetek različnih raziskav o velikostih učinka in pripadajočih odstotkih pojasnjene variabilnosti skupnih dejavnikov in specifičnih sestavin (glej tabelo 4). Kljub majhnemu vplivu specifičnih sestavin niso zanikali njihovega pomena in so se zavzeli za integrirano raziskovanje skupnih in specifičnih dejavnikov.

Tabela 4
Velikost učinkov za skupne dejavnike in specifične sestavine (po Laska, Gurman in Wampold, 2014, str. 472)

Velikost učinkov za skupne dejavnike in specifične sestavine				
Dejavnik	Število raziskav	Število pacientov	Velikost učinka d po Cohenu	% variabilnosti izidov
Skupni dejavniki				
Terapevtski delovni odnos ^a	190	2,630	.57	7.5
Empatija ^a	59	3,599	.63	9.0
Strinjane glave ciljev terapije/sodelovanje ^b	15	1,302	.72	11.5
Spoštovanje/pozitivne afirmacije ^c	18	1,067	.56	7.3
Kongruentnost/pristnost ^d	16	863	.49	5.7
Terapevt ^e	46	14,519	.46	5.0
Specifične sestavine				
Razlike med obravnavami ^f	295	> 5,900	<.20	<1.0
Specifične sestavine (posamezne) ^g	30	871	.01	0.0
Sledenje protokolu ^h	28	1,334	.04	<0.1
Ocenjena kompetentnost za nudenje določene obravnave ⁱ	18	633	.14	0.5

^a Norcross in Lambert, 2011; ^b Baldwin in Imel, 2013; ^c Wampold in dr., 1997, potrjeno z različnimi metaanalizami za specifične duševne motnje; ^d Bell in dr., 2013 (ciljane spremenljivke), glej tudi Ahn in Wampold, 2001; ^e Webb, DeRubeis in Barber, 2010.

Poudarili so, da se “model skupnih dejavnikov osredotoča na pet dejavnikov, ki so za terapevtsko spremembo nujni in zadostni: a) čustveno nabita vez med klientom in terapevtom, b) zaupen zdravilni kontekst (healing setting), v katerem poteka terapija, c) terapevtova razlaga klientove stiske, ki je psihološko utemeljena in kulturno sprejemljiva, d) prilagodljiva razlaga (ki ponuja verjetne in izvedljive možnosti za premagovanje specifičnih težav), ki jo klient sprejme in e) sklop postopkov ali ritualov, v katerih sodelujeta tako terapevt kot klient in

ki vodijo klienta k udejanjanju nečesa pozitivnega, koristnega ali prilagodljivega." (Laska, Gurman in Wampold, 2014, str. 469) Constantino in Bernecker (2014) sta se na to odzvala, da so ti dejavniki *nujni*, vendar pa ne zadostni in dodala, da mora sklop terapevtskih ritualov vključevati specifične (t. i. na modelu utemeljene, angl. model driven) vsebine, ki vplivajo na spremembe glede na klientove značilnosti in težave.

Razveseljiv je bil prispevek Hofmanna in Barlowa (2014), priznanih raziskovalcev KVT in dolgoletnih zagovornikov empirično podprtih terapij, ki sta pokazala, kako je njun prenos poudarka od preverjanja različnih postopkov za različne diagnoze na transdiagnostični pristop vse bolj podoben teoriji skupnih dejavnikov. Tako je bilo eno ključnih sporočil vseh desetih člankov, da ni razloga, da bi EST pristop (ki prevladuje na področju klinične psihologije) še naprej ohranjal privilegij nad pristopom skupnih dejavnikov, saj se ti dve perspektivi ne izključujeta, temveč se za raziskovanje mehanizmov sprememb v psihoterapiji lahko dopolnjujeta. Prav tako je bil vsem avtorjem skupen poziv k intenzivnejšemu empiričnemu raziskovanju skupnih dejavnikov (zlasti klientovih in terapevtovih spremenljivk) in poudarek, da lahko vsak terapevt izboljša kakovost terapije z uporabo povratnih informacij (feedbacka) v času terapevtskega procesa. Nasploh postaja trend k povratno informiranim obravnavam v sodobni psihoterapiji vse izrazitejši (glej tudi Lambert, Hansen in Finch, 2001; Lambert in dr., 2003; Okiishi in dr., 2006; Schiepek, 2008; Lambert in Ogles, 2014; Crits-Christoph, Chambless in Markell, 2014; Tilden in Wampold, 2017).

Laska in Wampold (2014) sta povzela deset pomembnih točk o empirično podprti teoriji skupnih dejavnikov (glej tabelo 5):

1. Teorija skupnih dejavnikov je znanstvena in zato zanjo veljajo enaka znanstvena pravila kot za empirično podprte terapije. Že Frankova teorija terapevtske spremembe (Frank in Frank, 1991) ni bila samo naključni seznam skupnih dejavnikov, temveč koherentna razlaga, kako se ljudje zdravijo v družbenem kontekstu.
2. Mehanizmi sprememb v empirično podprtih terapijah niso natančno opisani. Tako sta npr. Asnaani in Foa (2014) brez dokazov trdila, da si "skupne mehanizme spremembe" delijo naslednje oblike terapij: daljše izpostavljanje (angl. prolonged exposure), kognitivna procesna terapija (angl. cognitive processing therapy) ter desenzitizacija in reintegracija z očesnim gibanjem (EMDR). Pri tem je tudi protislovno, da sta uporabljala izraz "skupni mehanizmi spremembe", hkrati pa izraz "skupni dejavniki" zavračala kot nedopustnega in neznanstvenega.
3. Modeli skupnih dejavnikov so odprti sistemi s skupnim ciljem ugotoviti dejavnike, ki prispevajo k učinkoviti in uspešni psihoterapiji ter k razvijanju

teoretičnih modelov o mehanizmih terapevtske spremembe in njihovi klinični uporabi.

4. Pomen strukture in razlogi, zakaj "psihoterapevtski pristop skupnih dejavnikov" ne obstaja. Pomemben dejavnik učinkovitosti vseh psihoterapevtskih pristopov je, da nudijo klientom razlago njihove duševne motnje ali stiske, na osnovi katere se oblikujejo terapevtske aktivnosti oziroma načrt terapije, torej določena struktura terapije. Kot je poudaril že Jerome Frank (1961, 1971), se razlage in načini obravnave različnih psihoterapevtskih smeri zelo razlikujejo, vendar terapija brez kakršnekoli razlage, načrta in posledično strukture (kjer bi bil dovolj samo odnos z empatičnim terapevtom) ne more biti optimalno učinkovita, še posebno glede omilitve simptomov, kar se ujema z ugotovitvijo Hoffmanna in Barlowa (2014). Posledično ni mogoče izvesti nadzorovane klinične raziskave, ki bi primerjala specifične pristope s "psihoterapevtskim pristopom skupnih dejavnikov".
5. Upoštevanje in ukvarjanje se je potrebno s posebnostmi, izjemami in nepravilnostmi, ki se ne ujemajo s teoretičnimi predvidevanji. Nepričakovani rezultati običajno teorije ne ovržejo, pač pa jo spremenijo, tako da jih lahko vključi. Takšne prilagoditve lahko teorijo obogatijo, da še bolje razloži določen pojav, po drugi strani pa jo lahko preobremenijo, še posebej v kolikor lahko alternativna teorija ponudi preprostejšo in elegantnejšo razlago.

Vsak teoretični model, ki za uspešno terapijo predpostavlja specifične mehanizme, naleti na številne posebnosti. Seveda so podobni izidi različnih terapij (Dodo učinek) ena od njih in kot smo videli, se avtorji lahko sklicujejo na "skupne mehanizme spremembe". Dodatne posebnosti pa so²³:

- *zvestoba oziroma pripadnost pristopu (angl. adherence)* je relativno nepomembna za izid terapije (Webb, DeRubeis in Barber, 2010). V tem pogledu je posebej zgovorna študija Tschuschkeja in sodelavcev (2015), v kateri so s pomočjo posebnega priročnika za ocenjevanje (Tschuschke, Koemeda in Schlegel, 2013) analizirali 262 avdio naključno posnetih seans iz 81 individualnih terapij osmih različnih pristopov (psihoanaliza in psihoanalitične terapije, umetnostne in na ekspresijo usmerjene terapije, bioenergetska analiza, gestalt terapija, integrativna telesna psihoterapija, logoterapija in eksistencialna analiza, procesna analiza ter transakcijska analiza). Le od 4.2 % do 27.8 % intervencij je bilo specifičnih glede na terapevtov pristop, od 50 % do 73 % intervencij je bilo nespecifičnih ali skupnih ter od 18 % do 27 %

²³ Laska in Wampold (2014) sta se ob tem pošalila, da bi te posebnosti morale raziskovalce, ki trdijo, da je psihoterapija učinkovita zaradi specifičnih mehanizmov, zaskrbeti do te mere, da bi o njih razmišljali še dolgo v noč.

- iz drugih pristopov. Med tipom terapije in izidom ter terapevtovo zvestobo in izidom niso ugotovili statistično pomembnih razlik, pokazale pa so med terapevtovo izkušnostjo, klientovim psihološkim bremenom na začetku in učinkom terapije;
- *naključno učinkovite terapije*: Na seznamu uveljavljenih načinov zdravljenja je veliko terapevtskih pristopov, ki so bili prvotno zasnovani kot kontrolne skupine brez t. i. aktivnih sestavin ali pa so veljali za psevdoznanstvene (ker naj bi imeli napačno teoretsko podlago ali vsebovali neaktivne sestavine), npr. vedenjska aktivacija (angl. behavioral activation) in medosebna terapija (angl. interpersonal therapy) za depresijo, EMDR in na sedanost usmerjena terapija (angl. present-centered therapy) za potravmatsko stresno motnjo (PTSM). Slednja se je izkazala kot enako učinkovita kot že odobrene, na izsledkih temelječe terapije za PTSM (Frost, Laska in Wampold, 2014), kljub temu da namenoma ne vsebuje tehnike izpostavljanja niti kognitivnega prestrukturiranja, kar sta Asnaani in Foa (2014) označila kot ključni sestavini učinkovite obravnave PTSM.
 - *izluščenje dozdevno aktivnih sestavin* terapevtskih obravnav ni zmanjšalo učinkov terapij, kar sta potrdili dve metaanalizi (Ahn in Wampold, 2001; Bell, Marcus in Goodlad, 2013).
6. Predpostavke o specifičnih sestavinah terapije, ki tvorijo temelj empirično podprtih terapij, je potrebno znanstveno preveriti prav tako kot skupne dejavnike, da bi se izognili ideologijam. "Dejstvo, da je lahko teorija mehanizma napačna, še ne razveljavi vrednosti terapije" (Baker in McFall, 2014, str. 484), kot se je to zapisalo kritikoma pristopa skupnih dejavnikov, lahko vodi v pragmatično, ateoretično stališče, da ni pomembno, kako neka terapija deluje, samo da ima pozitivne učinke. To lahko npr. pomeni, da ni pomembno raziskovati mehanizmov delovanja takih metod, kot sta na primer EMDR (Herbert in dr., 2000; McNally, 1999) ali brainspotting (Grand, 2013), kar je na sedanji stopnji razvoja psihoterapevtske znanosti nesprejemljivo. Laska in Wampold (2014, str. 521) se zato sprašujeta, »kakšni dokazi bi zadostovali, da bi zagoniki specifičnih sestavin opustili svoje prepričanje, da so te sestavine zdravilne in razmislili o alternativni razlagi delovanja psihoterapije?«, če ne zadostujejo argumenti, da so a) izidi teoretično raznolikih pristopov enakovredni, b) učinkovite tudi obravnave brez teoretično predpostavljenih sestavin in da c) odstranitev nekaterih aktivnih sestavin na zmanjša koristi obravnave.
 7. Skupni dejavniki ne pomenijo, da je ena oblika terapije ustrezna za vse. Ena od kritik modelov skupnih dejavnikov je, da predpostavljajo, da je mogoče eno obliko zdravljenja uporabiti za vse kliente ne glede na njihovo motnjo ali druge značilnosti. Ta predpostavka je posledica trditve, da obstaja "terapija

oziroma psihoterapevtski pristop skupnih dejavnikov", kar Laska in Wampold zavračata (opisano pod točko 4) ter dodajata, da je ena od prednosti pristopa skupnih dejavnikov ravno prilagoditev terapevtske obravnave klientu, tako glede njegove osebnostne strukture (Beutler, Harwood, Kimpura in dr., 2011; Beutler, Harwood, Michelson in dr., 2011) kot tudi kulturnega ozadja (Benish, Quintana in Wampold, 2011).

8. Kar je izpuščeno, je pomembno. Pogosto je tisto, o čemer se ne govori, pomembnejše od tistega, o čemer se razpravlja. Crits-Christoph, Chambless in Markell (2014) so med redkimi, ki omenjajo stroške usposabljanja za specifične terapije, kar je posebej problematično zaradi pomanjkanja dokazov, da takšno usposabljanje dejansko izboljša kakovost storitev. Poleg tega skoraj nihče ne razpravlja o stroških raziskav, ki primerjajo specifične pristope. Laska (2012) je na primer ugotovil, da je bilo med letoma 1999 in 2009 porabljenih več kot 11 milijonov dolarjev za raziskave, ki so primerjale različne terapije brez kakršnihkoli uporabnih rezultatov. Tisti, ki še naprej zagovarjajo širitev empirično podprtih terapij in neproduktivno primerjanje specifičnih pristopov med seboj, tudi ignorirajo, kako rutinsko spremljanje v dejanskem času (Real Time Monitoring RTM) (Lambert, 2007; Schiepek, 2008), spremljanje izida (angl. Routine Outcome Monitoring ROM) (Lambert in Ogles, 2014; Crits-Christoph, Chambless in Markell, 2014; Tilden in Wampold, 2017) oziroma povratno informirano klinično delo (Miller, 2012) ugodno povečajo koristi glede na stroške.
9. Nadzorovane klinične raziskave niso edina pot do razumevanja psihoterapije, saj nam ne povedo veliko o mehanizmih spremembe, kot je pokazal tudi Kazdin (2007, 2009). Hkrati pa je kljub etičnim in metodološkim izzivom mogoče z nadzorovanimi raziskavami preučiti učinek nekaterih skupnih dejavnikov, kot se je to npr. pokazalo v študiji, kjer so ugotovili pozitiven vpliv terapevtove empatije na izid zdravljenja pacientov z iritabilnim kolonom tako glede omilitve simptomov kot glede izboljšanja kakovosti življenja (Kaptchuk in dr., 2008; Kelley in dr., 2009).
10. Različne možnosti za različne terapevte. Teorija skupnih dejavnikov spodbuja raznolikost terapevtov, poudarja idiografičnost terapevtskih metod in individualizirane, na izsledkih temelječe prakse (Littel, 2010). Tako kot različni klienti z različnimi stiskami potrebujejo različne terapevtske metode in različne terapevte, tako morajo tudi terapevti imeti na voljo rezultate različnih raziskav, da lahko med njimi izberejo tiste, ki so zanje smiselne ter ustrezajo njihovim pogledom na svet in samopodobi. Na ta način jim pomagajo izboljšati uspešnost v okviru njihovega teoretskega modela.

Tabela 5

Deset empirično podprtih značilnosti teorije skupnih dejavnikov (Laska in Wampold, 2014).

Empirično podprte značilnosti teorije skupnih dejavnikov	
1 - Teorija skupnih dejavnikov je znanstvena.	
2 - Mehanizmi sprememb v empirično podprtih terapijah niso natančno opisani.	
3 - Modeli skupnih dejavnikov so odprti sistemi.	
4 - "Psihoterapevtski pristop skupnih dejavnikov" ne obstaja.	
5 - Upoštevanje in ukvarjanje je potrebno s posebnostmi, izjemami in nepravilnostmi, ki se ne ujemajo s teoretičnimi predvidevanji.	
6 - Predpostavke o specifičnih sestavinah terapije, ki tvorijo temelj empirično podprtih terapij, je potrebno znanstveno preveriti prav tako kot skupne dejavnike, da bi se izognili ideologijam.	
7 - Skupni dejavniki ne pomenijo, da je ena oblika terapije ustrezna za vse,	
8 - Kar je izpuščeno, je pomembno.	
9 - Nadzorovane klinične raziskave niso edina pot do razumevanja psihoterapije.	
10 - Različne možnosti za različne terapevte.	

3.10. Wampoldov kontekstualni model

V tem duhu sta leta 2015 Wampold in Imel (2015) v drugi, posodobljeni in razširjeni verziji knjige *Velika psihoterapevtska razprava* predstavila novo različico kontekstualnega modela (glej sliko 7). Novost je tudi podrobnejši oris zgodovine medicine, zdraviteljskih praks in psihoterapije v povezavi z družbenim kontekstom, pregled terapevtovih učinkov in temeljit pregled raziskovanja o skupnih dejavnikih, kot so študije o terapevtski delovni zvezi, pričakovanjih in empatiji. Posodobljeni model predpostavlja, da na podlagi zaupanja in razumevanja med terapevtom in klientom ter terapevtove ekspertnosti (ključno pri tem je, da predvsem klient vse troje pozitivno oceni) terapija lahko nato deluje preko treh mehanizmov:

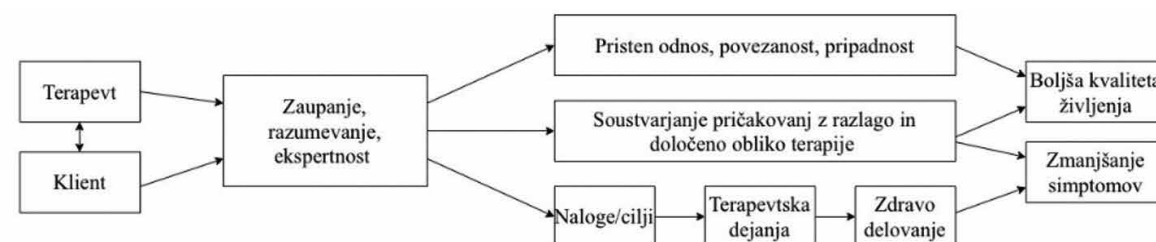
1. *Pristnega odnosa*, za katerega je značilen občutek pripadnosti in povezanosti. Ta del kontekstualnega modela vključuje vse, kar smo do zdaj povedali o terapevtski aliansi. Čeprav je v procesu terapije nujna, ni zadostna, torej »ni cilj, temveč samo sredstvo za doseg cilja« (Yalom, 2017, str. 225).
2. *(So)ustvarjanja pričakovanj* z razlago in določeno obliko terapije, kar ustreza Frankovi ideji o mitu/razlagi in ritualu/metodi, ki naj krepita klientovo upanje, da bo z njuno pomočjo dosegel izboljšanje. Klientova pričakovanja glede terapije močno vplivajo na odločitev za terapijo, na terapev-

tski odnos, proces in izid terapije (Greenberg, Constantino in Bruce, 2006; Joyce in Piper, 1998; Joyce in dr., 2003; Kirsch, Wampold in Kelley, 2016; Snyder, Michael in Cheavens, 1999; Wampold, 2015). Klienti navadno prihajajo na terapijo z lastno razlago svoje stiske. Ta izhaja iz njihovih lastnih prepričanj, ki temeljijo na kulturni konceptualizaciji duševnih motenj. Ta prepričanja so običajno rigidna in ne omogočajo rešitev. Nasprotno pa naj bi terapevt ponudil prožnejše razlage klientovih težav in razne načine za njihovo premagovanje oziroma obvladovanje. Če klient verjame, da bo sodelovanje pri različnih tehnikah pomagalo pri spoprijemanju s težavami, to še poveča njegovo pozitivno pričakovanje glede izida. Za ustvarjanje pričakovanj so torej pomembne psihoterapevtove razlage klientovih težav kot tudi iz interpretacije izpeljana terapevtska dejanja. Pozitivna pričakovanja se ustvarijo le takrat, ko klient sprejme terapevtove razlage, kar se bolj verjetno zgodi, če so skladne s klientovimi kulturnimi prepričanji.

3. *Specifičnih sestavin*, to je uporabe specifičnih metod in tehnik določene psihoterapevtske smeri, saj strinjanje glede ciljev terapije ni dovolj. Pomembno je tudi, da klient doživlja, da mu terapevt zastavljene cilje pomaga doseči. Nekateri pristopi, metode in tehnike se bolj osredotočajo na izboljšanje klientovega mišljenja in vedenja, drugi čustev ali odnosov²⁴. Za vse te pristope pa je pomembno, da v skladu z Bordinovo teorijo terapevtskega delovnega odnosa (Bordin, 1979,1994) dobro oblikujejo cilje in fazne naloge, ki vodijo do terapevtskih dejanj in bolj zdravega delovanja. Končni rezultat ni le zmanjšanje simptomov, temveč tudi boljša kakovost življenja, kar je v medicinskem modelu večinoma zanemarjeno.

Slika 7

Kontekstualni model Wampolda in Imela (2015, str. 54), ki premošča dihotomijo med skupnimi in specifičnimi dejavniki.



²⁴ Splošni učinki terapevtskih metod in tehnik so po Graweju (2004, 2005) v tem, da pomagajo strukturirati terapevtska srečanja, povečujejo preglednost, olajšujejo orientacijo, nadzor nad procesom ter odločanje in izbiro različnih možnosti, z vsem tem pa povečujejo občutek varnosti ne le pri klientu, temveč tudi pri terapevtu (še posebno začetniku).

Za razliko od medicinskega modela je temeljna predpostavka kontekstualnega modela, da specifične sestavine ne delujejo neposredno na določeno motnjo ali primanjkljaj, temveč posredno preko (so)ustvarjanja pozitivnih pričakovanj ter spodbujanja klienta, da aktivno razvija zdrave in funkcionalne vzorce mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov. Johnson in Wright (2002) ob tem dodajata, da se morajo terapevtske naloge skladati s klientovim načinom življenja, pogledom na svet in pričakovanji. Na ta način kontekstualni model presega dihotomijo med terapevtskim odnosom in tehnikami. Po eni strani tehnike ne delujejo ločeno od odnosa (od pričakovanj in razlag), po drugi strani pa se odnos razvija prek uporabe tehnik in veščin, kar zahteva stalno usposabljanje in nenehno izboljševanje (Pérez Álvarez, 2019).

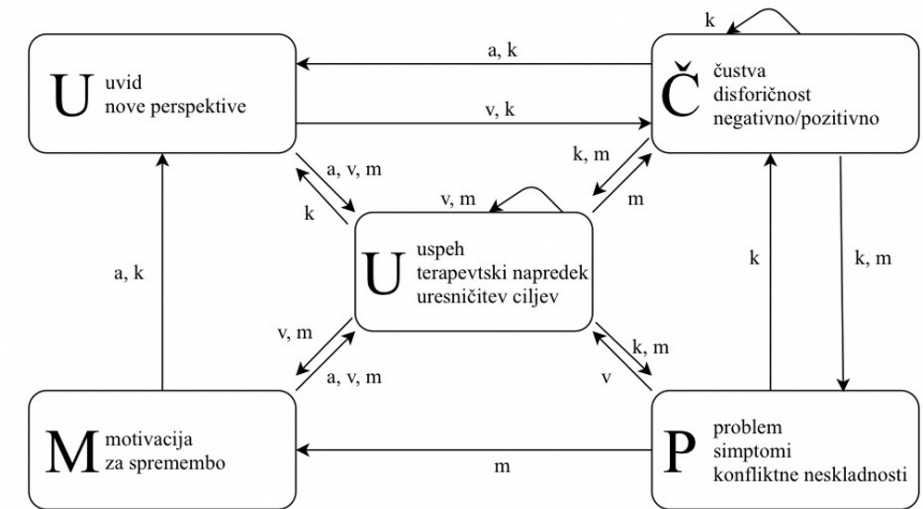
3.11. Schiepkov sinergetični nelinearni dinamični model skupnih in specifičnih dejavnikov

Čeprav predstavljajo Wampoldov kontekstualni model in drugi, podobni kvalitativni modeli skupnih in specifičnih dejavnikov (npr. generični model Orlinskega in Howarda), dragocen poskus integracije, so Günter Schiepek in sodelavci (Schiepek in dr., 2015; Schiepek, Aas in Viol, 2016; Schiepek in dr., 2017; Schöller in dr., 2018) z Dodovo pomočjo (in na osnovi znanosti o kompleksnosti in teorij nelinearne dinamike kompleksnih sistemov, kot sta sinergetika in teorija kaosa) zagrizli v najtrši oreh - kako povezati mrežno strukturo skupnih in specifičnih dejavnikov z njihovo dinamiko. Zavedajo se namreč, da ugotavljanje statističnih povezav med dejavniki in pozitivnim terapevtskim izidom ni dovolj. Potrebno je priti do razlag dinamike in mehanizmov terapevtske spremembe, torej kako in zakaj ti dejavniki učinkujejo v procesu terapije (Kazdin, 2005, 2007, 2009). Tako so razvili dinamični (od zgoraj navzdol delujoči) model skupnih in specifičnih dejavnikov sestavljen iz petih spremenljivk ali stanj (oziroma sinergetičnih parametrov reda) (P: težavnost problema oz. simptomov, U: uspeh in terapevtski napredek, M: motivacija za spremembo stanja, Č: negativna in pozitivna čustva, U: uvid in nove perspektive), ki so med seboj povezane s 16 funkcijami. Na obliko vsake funkcije vplivajo štirje parametri (a: aliansa, kvaliteta terapevtskega delovnega odnosa, medosebno zaupanje, sposobnost za pozitivno navezovanje; k: kognitivne kompetence, mentalizacija, kompetence za čustveno regulacijo, moč jaza; v: osebni viri za reševanje problemov, vedenjske veščine; m: motivacija za spremembo kot lastnost, pričakovanja o samoučinkovitosti, pričakovanje pozitivnega izida, »zdravstveni načrt«), ki v psihološkem smislu predstavljajo kompetence ali osebnostne lastnosti (oziroma sinergetične parametre nadzora) (glej sliko 8). Kvalitativni model so prevedli v pet povezanih, determinističnih, nelinearnih diferencialnih enačb, ki generirajo dinamiko

vsake spremenljivke kot funkcijo ostalih spremenljivk. S takim matematičnim modelom jim je uspelo ponazoriti (in tudi simulirati) pomembne značilnosti psihoterapevtskega procesa.

Slika 8

Grafična ponazoritev nelinearnega dinamičnega modela, ki prikazuje medsebojne odvisnosti med spremenljivkami (uvid, čustva, uspeh, motivacija, problem) in parametri (ki ponazarjajo interakcije, pozitivne in negativne povratne zveze, med spremenljivkami): a = sposobnost ustvarjanja alianse, k = kognitivne kompetence, v = vedenjski in osebni viri za reševanje problemov, m = motivacija za spremembo kot lastnost (po Schiepek, Aas in Viol, 2016, str. 377)



Schiepkov transteoretični, integrativni, sinergetični nelinearni model se osredotoča na klientovo kognitivno-čustveno (samoorganizirano in samoorganizirajočo se) dinamiko, saj upošteva metaanalitične izsledke, da k izidu največ prispevajo klientovi dejavniki²⁵. Sistematično testiranje modela z empiričnimi podatki o 753 klientih z različnimi diagnozami, ki so bili psihoterapevtsko obravnavani, so opravili s simulacijami in s primerjanjem simulirane dinamike z empirično. Z modeliranjem vpliva lastnosti (parametri nadzora) na stanja (parametri reda) so naredili prvi korak k formaliziranemu razumevanju psihoterapevtskega procesa glede na izid. Naslednji korak v razvoju modela naj bi omogočil ponazoritev različnih vzorcev čustvenih odzivov, do katerih pride zaradi različnih stopenj intenzitete problemov. Tretji korak pa naj bi s pomočjo formaliziranja

²⁵ Odločitev Schiepeka in sodelavcev (Schiepek, Aas in Viol, 2016), da bo njihov prvi model izhajal iz klientovih dejavnikov, je bila namerna in seveda ne zapira možnosti za njegovo dopolnjevanje in preoblikovanje, na primer tako, da se bo v naslednje verzije vključilo tudi več terapevtskih dejavnikov.

vpliva stanj na lastnosti osvetlil, kako pride do dolgotrajnih učinkov terapije (Schiepek, Aas in Viol, 2016, str. 393). Napovedovanje dolgoročnega učinka intervencij bo tudi z razvojem nelinearnega modela ostalo nemogoče, možno pa bo na osnovi modeliranja procesne dinamike posameznega klienta izboljšati opisovanje in razumevanje primera ter preverjanje in načrtovanje intervencij za nekaj dnevno časovno okno.

Nelinearni modeli, kot je ta, odprejo vprašanje, ali je smiselno razlagati variance učinka s pomočjo odstotkov, ki naj bi pripadali skupnim ali specifičnim dejavnikom. Z vidika znanosti o kompleksnosti²⁶ dejavniki k izidu ne prispevajo s seštevanjem, temveč vplivajo drug na drugega na nelinearen način v mreži, ki proizvaja samoorganizirano in kaotično vedenje. Majhne razlike v začetnih pogojih in majhne fluktuacije (t. i. metuljev učinek v teoriji kaosa) imajo lahko pomembne učinke in obratno, intervencije, ki naj bi imele velik vpliv, so lahko brez dolgoročnega učinka.

3.12. Ujemanje skupnih dejavnikov oziroma kontekstualnega modela s sinergetičnimi generičnimi načeli

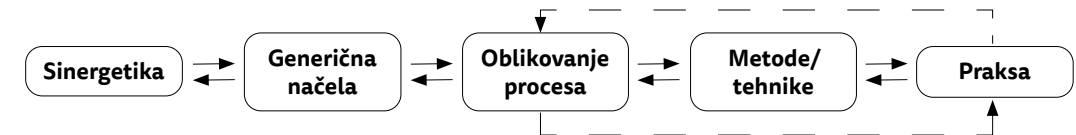
Sinergetika je kot del znanosti o kompleksnosti transdisciplinarna meta teorija. Njen osrednji koncept je samoorganizacija, osrednje vprašanje pa, kako se oblikujejo vzorci (kako nastaja red iz nereda, kaosa) in kako pride do prehodov med vzorci. Na področju psihologije tako na primer preučuje učenje, osebnostni razvoj, spremembe v čustvovanju, mišljenju, vedenju in odnosih ter mentalni proces v najširšem pomenu (kot ga je definirala Bateson, 2019). Z vidika samoorganizacije sinergetika psihoterapijo definira kot destabilizacijo disfunkcionalnih in porajanje novih vzorcev vedenja, čustvovanja, mišljenja in odnosov v okviru stabilnega, zaupnega in varnega odnosa med terapevtom in pacientom. Schiepek je skupaj z utemeljiteljem sinergetike Hermannom Haknom opravil pionirsko delo, ko jo je s področij fizike, kemije in biologije prenesel tudi v psihologijo in psihoterapijo (Haken in Schiepek, 2006). Ker sinergetika, teorije nelinearnih sistemov in teorija kaosa omogočajo matematično formalizacijo in simulacijo telesnih, psiholoških in socialnih samoorganizirajočih procesov v kompleksnih sistemih, to na široko odpira vrata raziskovanju.

Posebno hvaležnost pa Dodo čuti do sinergetike tudi zato, ker za psihoterapevtsko prakso ponuja osem t. i. *generičnih načel* (Schiepek in dr., 2005; Haken in Schiepek, 2006; Šugman Bohinc, 2011; Možina, 2013; Schiepek in

dr., 2015), ki prav tako kot kontekstualni model omogočajo meta pogled na terapevtski proces v povezavi z izidom, hkrati pa nudijo boljši vpogled v dinamiko in interakcije skupnih in specifičnih dejavnikov. Iz slike 9 je razvidno, da so generična načela na drugi logični oziroma rekurzivni ravni od metod in tehnik, torej od specifičnih dejavnikov. Metode in tehnike razvijamo tako, da prenašamo v znanje za ravnanje dele modelov oziroma teorij ali pa da svoje izkušnje iz prakse kodificiramo oziroma uzakonimo. Po številu so skoraj brezmejne, njihov razpon in stopnja posplošljivosti pa sta različna. Generična načela organizirajo in utemnjujejo izbor posameznih metod. Po sinergetičnem modelu metode vrednotimo glede na to, ali so primerne za udejanjanje enega ali več generičnih načel. Vedno je več metod funkcionalno enakovrednih, zato lahko terapevti s pridom uporabijo svoja osebna nagnjenja, zakladnico izkušenj in osebni slog. S pomočjo ene metode lahko uresničimo več generičnih načel in eno generično načelo se odraža v več metodah. Načelo energiziranja se denimo udejanja v metodah, ki pojasnjujejo probleme in rešitve v povezavi s cilji (v k rešitvi usmerjeni psihoterapiji s pomočjo različnih v prihodnost usmerjenih vprašanj, z dobro oblikovanimi cilji, poudarjanjem uspehov, spodbujanjem in hvaljenjem idr.) (Berg in Miller, 2020).

Slika 9

Dodo toplo priporoča upoštevanje sinergetičnih generičnih načel samoorganizirajočih se procesov, ker terapevtom omogočajo, da svoje terapevtsko ravnanje organiziramo, poenostavimo in utemeljimo (po Schiepek in dr., 2005).



²⁶ Znanost o kompleksnosti (angl. science of complexity) se je razvila na osnovi kibernetike in splošne teorije sistemov ter vključuje raziskovanje samoorganizacije in nelinearne dinamike neravnovesnih sistemov, teorijo kaosa, sinergetiko, kognitivne znanosti, sistemsko biologijo in ekologijo idr. (Snow, 1990; v slovenščini za podrobnejši prikaz znanosti o kompleksnosti glej Možina in Kordeš, 2005).

V tabeli 6 so prikazane ključne terapevtove naloge, ki izhajajo iz upoštevanja generičnih načel (za izčrpniji prikaz glej Schiepek, 2015, str. 36-37), in povezave s skupnimi in specifičnimi dejavniki, kot jih je sistematiziral Duncan s pomočjo Vennovega diagrama (Duncan, 2017, str. xvi) in Wampold v svojem kontekstualnem modelu (Wampold in Imel, 2015):

1. Kako terapevtu uspeva ustvarjati pogoje za stabilnost s postopki za povečanje varnosti, zaupanja v odnosu med terapevtom in klientom ter klientovega občutka, da ga terapevt sočuti in razume.
2. Kako terapevt in klient uspeva prepoznavati problemske vzorce in vzorce rešitev: to pomeni prepoznavati tiste disfunkcionalne, problemske vzorce mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov, ki jih klient želi spremeniti, ob hkratnem prepoznavanju vzorcev rešitve; in koliko uspeva opisovati in analizirati problemske vzorce oziroma sistemske procese, kolikor je le-to potrebno za definiranje terapevtskih ciljev in odkrivanje rešitev.
3. Kako je terapevt uspešen v upoštevanju smiselnosti: za klienta morajo biti naloge in koraki, ki omogočajo napredovanje in vodijo k ciljem, ves čas smiselni; terapevt daje priznanja za klientov proces spreminjanja in upošteva klientov življenjski slog in osebne razvojne naloge, tudi če se to ne ujema z njegovim življenjskim slogom; cilji morajo biti po meri klienta, v prvi vrsti smiselni zanj in ne za terapevta.
4. Kako terapevt uspe prepoznavati parametre nadzora²⁷ oziroma kako mu uspeva energizirati: kako spodbuja klientovo motivacijo, aktivira klientove vire za uresničevanje ciljev.
5. Kako terapevt uspeva destabilizirati problemske vzorce: na primer z eksperimenti in paradoksi, prekinjanjem disfunkcionalnih vzorcev mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov, vnašanjem novih razlikovanj, odkrivanjem namernih in spontaniziranih izjem, neobičajnega, novega vedenja idr..
6. Kako terapevt upošteva »kairos«²⁸, uglaševanje in sinhroniziranje: kako je s časovno usklajenostjo in koordinacijo med terapevtskimi postopki, terapevtovim komunikacijskim stilom ter klientovimi psihičnimi in socialnimi procesi / ritmi; kako mu na seansah uspeva skupno gibanje, skupni »ples«.
7. Kako terapevt uspeva prekinjati simetrijo med utečenimi in novimi vzorci mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov; za prekinjanje simetrije terapevt

²⁷ Na parametre nadzora ni možno direktno pokazati s prstom. Terapevt jih lahko razbere posredno iz klientovih neverbalnih znakov (iz intonacije glasu, mimike, živosti, drža), ko na primer njegove oči zažarijo ali se telesna drža odpre ipd.

²⁸ Načelo kairosa je psihoterapevtski literaturi zapostavljeno in relativno redko sistematično proučevano (Možina, 2009). Zato predstavlja še posebno dragocen prispevek knjiga Daniela Sterna (2004) z naslovom *Sedanji trenutek v psihoterapiji in vsakdanjem življenju* ter projekti njegovih sodelavcev v bostonskem timu (The Boston Change, Process Study Group, 2010), ki nadaljujejo s proučevanjem kairotičnega načela tudi po njegovi smrti.

usmerja klienta na njegove cilje, pričakovanja in uresničevanje načrtovanih novih vzorcev.

8. Kako terapevt uspeva stabilizirati in pomagati k integraciji novih miselnih, čustvenih, vedenjskih vzorcev in odnosnih vzorcev.

Tabela 6

Ključne terapevtove naloge, ki izhajajo iz upoštevanja generičnih načel in njihovih povezav s skupnimi in specifičnimi dejavniki (prirejeno po Schiepek in dr., 2015, str. 36-37).

Generična načela	Ključne terapevtove naloge, ki izhajajo iz upoštevanja generičnih načel	Skupni dejavniki in kontekstualni model
1 - Stabiliziranje	Kako terapevt pomaga graditi zaupanje in občutek varnosti?	Terapevtski delovni odnos, zaupanje
2 - Prepoznavanje vzorcev	Kako terapevt prepozna problemske vzorce in vzorce rešitve?	Soustvarjanje razlage in izbor določene oblike terapije
3 - Upoštevanje smiselnosti	Kako terapevt upošteva, kar je smiselno za klienta?	Soustvarjanje pričakovanih s pomočjo terapevtskih mitov in ritualov
4 - Energiziranje (parameter nadzora)	Kako terapevt spodbuja klientovo motivacijo in aktivira klientove vire za uresničevanje ciljev?	Soustvarjanje pričakovanih, splošni učinki terapevtskih metod in tehnik
5 - Destabiliziranje	Kako terapevt destabilizira problemske vzorce?	Terapevtske metode in tehnike (specifični učinki)
6 - Kairos, uglaševanje, sinhroniziranje	Kako terapevt časovno usklajuje svoj komunikacijski stil in koordinira terapevtske postopke s klientovimi psihičnimi in socialnimi procesi / ritmi?	Terapevtski delovni odnos, upoštevanje povratnih informacij
7 - Prekinjanje simetrije	Kako terapevt uspeva prekinjati simetrijo med utečenimi in novimi vzorci mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov?	Spodbujanje terapevtskih dejanj s pomočjo specifičnih dejavnikov
8 - Stabiliziranje novih vzorcev	Kako terapevt uspeva pomagati pri stabiliziranju novih miselnih, čustvenih, vedenjskih vzorcev in odnosnih vzorcev?	Utrjevanje zdravega delovanja s pomočjo razlag

Ker s pomočjo generičnih načel terapevt boljše razume interakcije med skupnimi in specifičnimi dejavniki, s klientom lažje soustvarja pogoje, ki spodbujajo terapevtske spremembe v sinergetičnem smislu kot diskontinuirane, samoorganizirane prehode od klientovih problemskih vzorcev mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov k vzorcem rešitve. Tabela 6 seveda predstavlja veliko didaktično poenostavitev, saj se v enem skupnem ali specifičnem dejavniku

uresničuje več generičnih načel (npr. terapevtovi dejavniki zajemajo kompetentnost za upoštevanje vseh načel in povratne informacije so pomembne za uresničevanje vseh načel) in se eno generično načelo odraža v več skupnih in specifičnih dejavnikih (npr. tretje in šesto načelo).

Generična načela odpirajo nove možnosti za razvijanje terapevtove kompetentnosti, da lahko na primer terapevti kot udeleženi soigralci in sopotniki terapevtski proces skupaj s klienti prožneje sooblikujemo, da lažje ohranjamo pregled nad procesom in da ga lahko po potrebi analiziramo z vidika njegove dinamike. Prav pri (so)oblikovanju terapevtskega procesa se najbolj izrazita tako terapevtova strokovnost kot tudi njegov čut oziroma intuicija za psihoterapijo kot umetnost. Generična načela naj bi glede teh procesov (so)oblikovanja omogočala večjo stopnjo razumevanja, gotovosti in svobode, ne nadomeščajo pa izkušenj in iz njih izhajajoče intuicije. Oblikovanje terapevtskega procesa je v samem središču tistega, kar je Schiepek opredelil kot »sistemsko kompetentnost« (Schiepek, 1999). Ta se v veliki meri ujema s terapevtovimi dejavniki, kot jih opisuje teorija skupnih dejavnikov, hkrati pa jih tudi dopolnjuje.

Med skupnimi dejavniki in generičnimi načeli samoorganiziranih in samoorganizirajočih se procesov obstaja visoka stopnja skladnosti. Tako je na primer pomen terapevtskega odnosa povezan predvsem s prvim in šestim načelom. Osnovnega pomena je, da terapevt omogoči čustveno varnost in zaupanje. Pri večjem številu seans je zaželeno, da se odnos poglobi v občutek povezanosti in varne navezanosti, kar poveča možnosti za korektivne čustvene in odnosne izkušnje. Ob tem še posebej izstopi pomen šestega, kairotičnega načela, torej komunikacijske, čustvene in kognitivne uglašenosti ter sinhronizacije med spreminjajočim se klientskim sistemom (posameznikom, parom ali družino) in terapevtom. Procesi uglaševanja so pogoj in medij za socialno učenje, to pomeni za sistemske funkcionalne spremembe, ki vodijo h kognitivnim in čustvenim spremembam v strukturi (na ravni živčevja govorimo o nevroplastičnosti).

Lahko je intervenirati in vreči iz tira samoorganizirane sisteme, ko se prevešajo v nestabilnost, zelo zahtevno pa je to narediti, ko so stabilni. To je razlog, zakaj intervencije in terapevtske tehnike relativno malo prispevajo k terapevtskemu izidu in zakaj za različne terapevtske pristope velja Dodo razsodba. Odgovor, zakaj je od specifičnega učinka terapevtskih metod in tehnik večji splošni učinek, pa je povezan s tretjim generičnim načelom. Ta opozarja, da je ključnega pomena, da so razlage in postopki (terapevtski miti in rituali), smiselni za klienta.

Prav tako tu izstopi pomen četrtega načela, saj v kolikor terapevt spodbuja klientovo motivacijo in aktivira klientove vire za uresničevanje ciljev, bo lažje prišlo do destabilizacije problemskih vzorcev in bodo imele intervencije

veliko večji vpliv na pozitivni izid. Ko se zveča parameter nadzora (to je motivacija za spremembo), lahko že majhne intervencije ali naključni dogodki (na seansah, še bolj pa v klientovem vsakdanjem življenju med seansami) prekucnejo sistem v novo stanje v smeri rešitve. Včasih zadoščajo že notranje fluktuacije sistema (npr. pojav določenih notranjih slik). To je razlog, zakaj so lahko zelo različne intervencije uspešne in učinkovite: pomembno je, da so ob dovolj zaupnem in varnem terapevtskem delovnem odnosu (načelo 1) in ustrezni motivaciji (načelo 4) uglašene (načelo 6), usmerjene v relevantne vzorce (načelo 2), za klienta smiselne (načelo 3) in da izkoristijo faze (kritične) nestabilnosti (načelo 5). V kolikor v skladu z Wampoldovim kontekstualnim modelom klient uresničuje vse več terapevtskih dejanj, nastopi faza, ko se stari, disfunkcionalni vzorci še vedno aktivirajo (npr. recidivi pri zasvojenostih), ker novi vzorci rešitve še niso stabilni. To »tekmovanje« med starimi in novimi vzorci se v teoriji sinergetike imenuje »simetrija«. Za terapevta je zato pomembno, kako uspeva prekinjati simetrijo (načelo 7) in pomagati pri stabiliziranju novih vzorcev mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov (načelo 8). Tako se razvija vse bolj zdravo delovanje, ki ne privede le do zmanjšanja simptomov, temveč tudi do boljše kvalitete življenja.

S pomočjo generičnih načel je lažje razumeti tudi predterapevtski napredek (od trenutka odločitve za terapijo do začetka terapije; angl. pretreatment change) in nenadne pozitivne spremembe ali poslabšanja (angl. sudden gains in sudden losses). Do njih ne pride, kot je prevladujoče stališče v literaturi, zaradi nespecifičnih vplivov, temveč se običajno prezre dejstvo, kako pomembno vlogo igrajo kritične nestabilnosti v dinamiki sistema. Nasploh je teorija samoorganizacije v dominantnem psihoterapevtskem znanstvenem in strokovnem diskurzu zanemarjena. Prav tako so redke visoko frekventne meritve terapevtskega procesa, na osnovi katerih je možno spremljati samoorganizirano in samoorganizirajočo se sistemsko dinamiko. Ko pa so na voljo taki podatki ter se jih ureja in tolmači s pomočjo teorije samoorganizacije, pa se zlahka ugotovi časovna bližina med kritičnimi nestabilnostmi in spremembami vzorcev mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov. Heinzl, Tominschek in Schiepek (2014) so na primer uporabili sinergetični navigacijski sistem za spremljanje ambulantne obravnave 18 klientov z obsesivno kompulzivno motnjo in ugotovili, da je prišlo do spontanega zmanjšanja simptomov, preden je bila izvedena ključna intervencija vedenjske terapije, to je izpostavljanje. To nakazuje, kako zlahka se lahko terapevti ujamemo v past, da napačno pripisujemo uporabi metod in tehnik veliko večji pomen, kot pa se to dejansko pokaže s pomočjo visoko frekventnih meritev samoorganiziranega terapevtskega procesa v času obravnave.

4. Sklep: Dodo kot meta integrator

Čeprav so skupni dejavniki zelo pomembni ne glede na psihoterapevtski pristop, obstaja veliko izsledkov, da se nekateri pristopi pomembno razlikujejo od drugih in moramo zato nekatere produktivne elemente določenih oblik zdravljenja razumeti kot enkratne prispevke določenih tipov psihoterapije (McAleavey in Castonguay, 2015, str. 306). Prav tako je pomembno razumeti, da so na sedanji stopnji razvoja raziskovanja psihoterapije skupni dejavniki, njihovo delovanje znotraj posameznih psihoterapevtskih pristopov, predvsem pa njihova kompleksna interakcija s specifičnimi dejavniki v terapevtskem procesu še pomanjkljivo raziskani²⁹. Weinberger (2002) celo meni, da v vseh letih raziskovanja skupnih dejavnikov nismo prišli veliko dlje od Rosenzweigove začetne ideje (Rosenzweig, 1936) in posledično še nismo izčrpali celotnega potenciala, ki ga avtor ponuja na štiri strani dolgem članku.

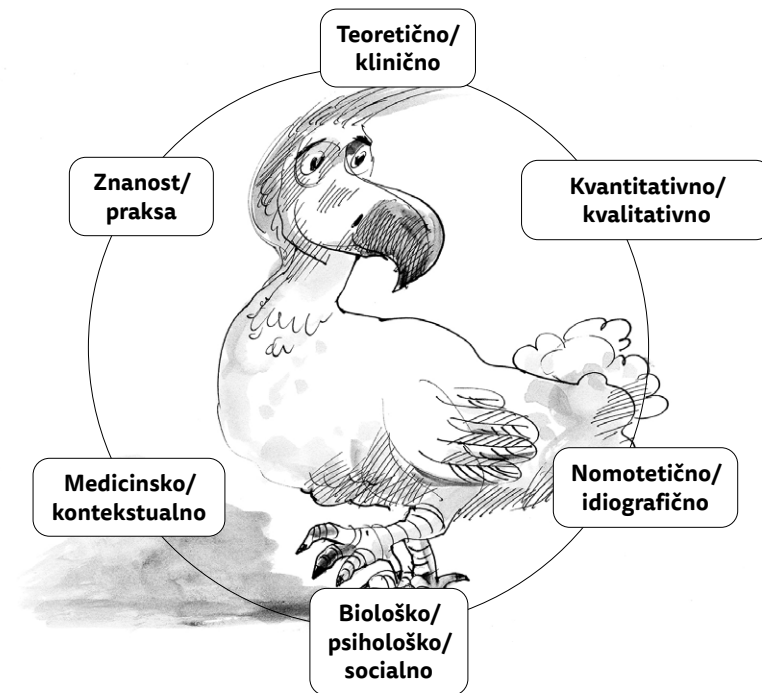
Veliko odprtih vprašanj glede skupnih in specifičnih dejavnikov kaže, da pri raziskovanju psihoterapije ni dovolj zagotoviti le statističnih dokazov, da določeni dejavniki prispevajo k uspešni terapiji, pač pa so potrebne tudi z dokazi podprte razlage, kako in zakaj ti dejavniki prispevajo k dobrim izidom, torej kakšni so mehanizmi, preko katerih uspešna psihoterapija vodi do sprememb. Kako deluje psihoterapija, ostaja odprto vprašanje. Kot opozarja Schiepek s sodelavci (2015), bi lahko odgovore nanj že do zdaj v veliko večji meri našli, če bi bolj izkoristili znanost o kompleksnosti, hkrati pa se ponujajo nova odkritja številnih disciplin, na katerih stičišču se razvija psihoterapija (psihologija, nevroznanost, medicina/biologija, družbene vede, filozofija, informatika, matematika/fizika).

Kljub številnim izzivom in nedorečenostim pa sta psihoterapevtska znanost in klinična praksa od svojih začetkov do danes, tudi zahvaljujoč Dodovi pomoči, dosegli visoko stopnjo razvoja (Pritz, 1996; Gelo, Pritz in Rieken, 2016). Na osnovi bogastva kliničnih praks ter obilja kliničnih in raziskovalnih izsledkov se psihoterapevtom različnih pristopov danes ponuja možnost paradigmatškega preskoka v novo, bolj integrirano razumevanje psihoterapevtske stroke kot samostojnega poklica, v učinkovitejše in uspešnejše oblike klinične prakse in preventive ter v celovitejše, didaktično naprednejše oblike izobraževanja (Castonguay, 2000; Možina in dr., 2018).

Zato je pomembno, da Dodovo razumevanje psihoterapevtske integracije ne zajema le integracije različnih psihoterapevtskih pristopov, temveč tudi integracijo naslednjih dimenzij onkraj posameznih psihoterapevtskih šol: znanosti in prakse (model znanstvenika praktika); biološkega (še posebej živčnega), mentalnega (psihološkega) in socialnega delovanja; kvantitativne in kvalitativne metodologije; nomotetičnosti in idiografičnosti; teoretičnih razlag in kliničnega razumevanja; personalizirane medicine in psihoterapije³⁰; medicinskega in kontekstualnega modela (glej sliko 10).

Slika 10

Dodo kot meta integrator, ki na osnovi znanosti o kompleksnosti onkraj različnih psihoterapevtskih šol povezuje znanost in prakso, teoretično in klinično, biološko, psihološko in socialno, kvantitativno in kvalitativno, nomotetično in idiografično ter medicinsko in kontekstualno.



²⁹ Razprava okoli pomena in vloge skupnih dejavnikov ostaja raznolika in navdihuje številne raziskovalce in praktike (glej npr. Chwalisz, 2001; Craighead, Sheets in Bjornsoon, 2005; Cuijpers, Reijnders in Huibers, 2019; DeRubeis, Brotman in Gibbons, 2005; Drisko, 2013; Elkins, 2016; Garfield, 1997; Harwood in dr., 2006; Greencavage in Norcross, 1990; Jørgensen, 2004; Schroedter, 2005; Kazantzis in Ronan, 2006; Klostermann, Mignone in Mahadeo, 2019; Lampropoulos, 2000; Luborsky, 1995; McAleavey in Castonguay, 2015; Mulder, Murray in Rucklidge, 2017; Stamoulios, 2016; Tschacher, Junghan in Pfammatter, 2014; Ulvenes in dr., 2012).

³⁰ Koncept »personalizirane medicine«, če ga ne razumemo ozko kot »genetske personalizacije« (torej kot zgolj tistih ukrepov, ki upoštevajo posameznikov genetski zapis), temveč tudi kot razvijanje odnosa in terapevtskega ravnanja z bolnikom kot celovito in enkratno osebnostjo (ki se različno odziva na zdravljenje, kljub temu da ima enako diagnozo kot drugi bolniki) (Somrak, 2015), bi lahko predstavljal most k »personalizirani psihoterapiji« (Fisher, 2015; Fisher in Boswell, 2016). Ta temelji na individualizaciji diagnostičnih ocen in obravnav ter procesno občutljivih terapevtskih postopkih.

Dodova sporočila je danes težje prezreti tudi zaradi izjemnega razvoja informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT). Tako psihoterapevt (v okviru modela znanstvenika praktika) kot tudi študent (oziroma edukant) psihoterapije imata zahvaljujoč IKT podpori po eni strani tako bogate možnosti izobraževanja in prakticiranja, kot jih naši predhodniki še niso imeli, po drugi strani pa sama tehnologija ne more (tudi umetna inteligenca ne) nadomestiti svobodomiselnosti, odkritosrčnosti, poguma in skromnosti.

Razvijanje svobodomiselnosti temelji na stalni (samo)refleksiji (Možina, 2020bcd; Možina in Barnes, 2020), odpiranje srca pa na negovanju poštene, odkrite, iskrene in pristne naravnosti oziroma drže (Rogers, 1957, 1961). Pogum pa je potreben za soočanje z nelagodjem negotovosti, ki jo prinaša epistemološka sprememba osnovnih predpostavk, na katerih smo še do včeraj gradili svojo vednost in razumevanje tako temeljnih stvari, kot so npr. uradna medicinska diagnostika duševnih motenj DSM in MKB ter iz nje izhajajoča obravnava, delitev na ustaljene psihoterapevtske pristope oziroma šole (npr. psihoanalitična, KVT, sistemska, humanistična itn.) in pripisovanje večje ali manjše učinkovitosti tem pristopom, pripadnost in naklonjenost izbranemu psihoterapevtskemu pristopu ali metodam pri kliničnem delu idr.

Ko se na poti epistemološke spremembe naenkrat zavemo, da še iščemo odgovor na vprašanje, kaj je tista paradigma znanstvenosti, ki je po meri psihoterapevtskega poklica ter celo, kaj sploh je znanost in kako sploh vemo, kar vemo, pa je potrebna tudi skromnost, da si priznamo, kako prostrana so področja naše nevednosti. Brez svobodomiselnosti, odkritosrčnosti, poguma in skromnosti tudi ne bomo zmogli dovolj odprtosti za nove oblike povezovanja in sodelovanja med psihoterapevtskimi šolami in onkraj njih ter med psihoterapijo kot samostojnim poklicem in drugimi poklici, ki so vključeni v varovanje duševnega zdravja (npr. psihiatri, zdravniki, psihologi, socialni delavci³¹, specialni in socialni pedagogi, svetovalci idr.) (Praper in Mrevlje, 1997). Vsem sorodnim poklicem bodimo tudi zgled, kako se je možno povezovati z uporabniki naših storitev in njihovimi združenji kot tudi z vsemi, ki so se zaradi večanja neenakosti in širjenja nepravilnosti znašli v stiskah in slepih rokavih družbenih tokov (Možina, 2020c).

Pluralistični razvoj različnih strok na področju varovanja duševnega zdravja ni mogoč zgolj na osnovi objektivističnega in pozitivističnega medicinskega modela, ki zaradi primata medicine in zdravnikov na področju zdravstvenega varstva še vedno prevladuje. Zato lahko psihoterapevti prispevamo pomemben

delež k razvijanju nove, konstruktivistično / hermenevitične / kontekstualne paradigme, ki ne pomeni izkoreninjenja objektivizma, temveč njegovo meta-teoretično zaobjetje s pomočjo »dialoškega pluralizma« (Gelo in Pritz, 2020; Možina, 2021). Naš skupni profesionalni cilj pri tem ostaja jasen: razvijanje bolj raznolikih, kakovostnejših, odgovornejših, stroškovno učinkovitejših, posameznemu klientu in njegovemu kontekstu prilagojenih obravnav.

Kot glasniki dialoškega pluralizma pa lahko damo dragocen prispevek tudi k večanju družbene enakosti in širjenju pravičnosti, ki se v pogojih divjega kapitalizma globalno sesuvata. Naj nam Dodo kot simbol integracije in dialoškega pluralizma pri tem še naprej pomaga in nas še bolj poveže. Sami psihoterapevti gremo morda lahko hitreje, vendar pa bomo skupaj z našimi klienti, drugimi strokovnjaki in vsemi, ki jim je mar skrb za duševno zdravje, prišli veliko dlje!

31 Za opis širjenja modela skupnih dejavnikov na področje socialnega dela glej Cameron in Keenan (2010), Reid (1997).

Literatura

- Addis, M. E. in Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1417–1424.
- Addis, M. E., Wade, W. in Hatgis, C. (1999). Barriers to evidence based practice: Addressing practitioners' concerns about manual based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430–441.
- Ahn, H. N. in Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257.
- Alavi, N. in Omrani, M. (2019). *Online Cognitive Behavioral Therapy: An e-Mental Health Approach to Depression and Anxiety*. Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Anderson, H. in Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. V S. McNamee in K. J. Gergen (ur.), *Therapy as social construction* (str. 25–39). London: Sage Publications.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. in Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768.
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L. in Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635.
- Asay, T. P. in Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 23–5). Washington, DC: APA.
- Asnaani, A. in Foa, E. B. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy to include a common factors perspective: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy*, 51(4), 487–490.
- Atkinson, D. R., Worthington, R. L., Dana, D. M. in Good, G. E. (1991). Etiology beliefs, preferences for counseling orientations, and counseling effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 38(3), 258–264.
- Aveline, M. in Shapiro, D. A. (1995). *Research foundations for psychotherapy practice*. Chicester: Wiley.
- Bachelor, A. in Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, 1st edition (str. 133–178). Washington, DC: APA.
- Baker, T. B. in McFall, R. M. (2014). The promise of science-based training and application in psychological clinical science. *Psychotherapy*, 51(4), 482–486.
- Baldwin, S., Wampold, B. in Imel, Z. (2007). Untangling the Alliance–Outcome Correlation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852.
- Baldwin, S. A. in Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. izd., str. 258–297). New York: Wiley.
- Barkham, M. in Margison, F. (2007). Practice-based Evidence as a Complement to Evidence-based Practice: From Dichotomy to Chiasmus. V C. Freeman in M. Power (2007), *Handbook of evidence-based psychotherapies. A Guide for Research and Practice* (str. 443–476). Chicester: John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Hardy, G. E. in Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and Delivering Practice - based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies*. Chicester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D. H. (2011), *The Oxford handbook of clinical psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. in dr. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. in Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. 2. izdaja. New York: Oxford University Press.

- Barnes, G. (1994). *Justice, Love and Wisdom: Linking Psychotherapy to Second-Order Cybernetics*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Barnes, G. (2002). *Psychopathology of psychotherapy: A cybernetic study of theory*. PhD thesis. Melbourne: School of Social Science and Planning, RMIT University.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jueni, P. in Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Med* 10(5): e1001454.
- Bartholomew, T. T. in Lockard, A. J. (2018). Mixed methods in psychotherapy research: A review of method(ology) integration in psychotherapy science. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1687–1709.
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T. in Wampold, B. E. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 973–979.
- Bateson, G. (2019). *Ekologija idej*. Ljubljana: Beletrina in SFU Ljubljana.
- Bechtoldt, H., Norcross, J., Wyckoff, L., Pokrywa, M. in Campbell, L. (2001). Theoretical orientations and employment settings of clinical and counseling psychologists: A comparative study. *The Clinical Psychologist*, 54, 3–6.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 324–333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10, 561–71.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276–284.
- Beck, A. T. (2013). *Samo ljubezen ni dovolj*. Gorenja vas: Modrijan.
- Beck, M., Friedlander, M. L. in Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355–368.
- Bell, E. C., Marcus, D. K. in Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 722–736.
- Benish, S. G., Quintana, S. in Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279–289.
- Berg, I. K. in Miller, S. D. (2020). *K rešitvi usmerjena psihoterapija: Kako pomagati zasvojenim z alkoholom*. Ljubljana: UMco in Fakulteta za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.
- Bergin, A. E. in Garfield, S. L. (1971, 1978, 1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1., 2. in 3. izdaja). New York: Wiley.
- Bergin, A. E. in Strupp, H. H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Berman, J. S., Miller, R. C. in Massman, P. J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97(3), 451–461.
- Bertolino, B. in O'Hanlon, W. H. (2002). *Collaborative, competency-based counseling and therapy*. Boston & London: Allyn & Bacon.
- Bertolino, B. (2018). *Effective counseling and psychotherapy: An evidence-based approach*. New York: Springer.
- Beutler, L. E. (2014). Welcome to the party, but... *Psychotherapy*, 51(4), 496–499.
- Beutler, L. E. in Clarkin, J. F. (1990). Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J. in Lane, G. (2005). *Systematic Treatment Selection and Prescriptive Psychotherapy*. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (str. 121–143). New York: Oxford University Press.

- Beutler, L. E. in Harwood, T. M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 25–33.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. in Talebi, H. (2002). How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology*, 58(10), 1199–1212.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D. in Blau, K. (2011). Coping style. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 176–183.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X. in Holman, J. (2011). Resistance/reactance level. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 133–142.
- Beutler, L. E., Kimpara, S., Edwards, C. J. in Miller, K. D. (2018). Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*.
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S. in Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 99–108.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H. in Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298–317.
- Blow, A. J., Morrison, N. C., Tamaren, K., Wright, K., Schaafsma, M. in Nadaud, A. (2009). Change processes in couple therapy: an intensive case analysis of one couple using a common factors lens. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(3), 350–368.
- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127–149.
- Bohart, A. C. in Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active selfhealing*. Washington, DC: APA.
- Bohart, A. C. in Tallman, K. (2010). *Clients: The neglected common factor in psychotherapy*. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (str. 83–111). Washington: APA.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. V A. O. Horvath in L. S. Greenberg (ur.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (str. 13–37). New York: John Wiley & Sons.
- Braakman, D. (2016). Historical Paths in Psychotherapy Research. V Gelo, O., Pritz, A. in Rieken, B. (ur.). *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome* (str. 39–65). Wien: Springer Verlag GmbH.
- Breunlin, D. C., Schwartz, R. C. in Mac Kune-Karrer, B. (1997). *The Jossey-Bass social and behavioral science series. Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bringhurst, D. L., Watson, C. W., Miller, S. D. in Duncan, B. L. (2006). The Reliability and Validity of the Outcome Rating Scale: A Replication Study of a Brief Clinical Measure. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 23–30.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. in Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Butler, S. F. in Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 30–40.
- Calvert, R. in Kellett, S. (2014). Cognitive analytic therapy: A review of the outcome evidence base for treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 253–277.
- Calvert, R., Kellett, S. in Hagan, T. (2015). Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391–413.
- Cameron, M. in Keenan, E. K. (2010). The common factors model: implications for transtheoretical clinical social work practice. *Soc Work*, 55(1), 63–73.
- Castonguay, L. G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267–286.

- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 263–282.
- Castonguay, L. G. in Beutler, L. E. (2006). *Principle of Therapeutic Change that Work*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G. in Holtforth, M. G. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more "nonspecific" and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 198–201.
- Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Holtforth, M. G. in Maramba, G. G. (2005). *Cognitive-behavioral assimilative integration*. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (str. 241–260). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Muran, J. C., Angus, L., Hayes, J. H., Ladany, N. in Anderson, T. (2010). *Bringing psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researchers*. Washington: APA Press.
- Chalmers, T. C., Levin, H., Sacks, H. S., Reitman, D., Berrier, J. in Nagalingam, R. (1987). Meta-analysis of clinical trials as a scientific discipline. I: Control of bias and comparison with large co-operative trials. *Statistics in Medicine*, 6(3), 315–325.
- Chambless, D. L. (1999). Empirically validated treatments—what now? *Applied and Preventive Psychology*, 8(4), 281–284.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 13–16.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, B., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. in McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5–18.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. in Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Chambless, D. L. in Holon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18.
- Chambless, D. L. in Ollendick, T. H. (2001). "Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence". *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
- Chorpita, B. F. (2007). *Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Chorpita, B. F. in Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 566–579.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. in Andrews, W. P. (2015). The Role of Deliberate Practice in the Development of Highly Effective Psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345.
- Chwalisz, K. (2001). A common factors revolution: Let's not "cut off our discipline's nose to spite its face." *Journal of Counseling Psychology*, 48, 262–267.
- Coleman, H. L. K. in Wampold, B. E. (2003). *Challenges to the development of culturally relevant, empirically supported treatment*. V D. B. Pope-Davis, H. L. K. Coleman, W. M. Liu in R. L. Toporek (ur.), *Handbook of multicultural competencies: In counseling & psychology* (str. 227–246). London: Sage Publications, Inc.
- Consoli, A. J., Beutler, L. in Bongar, B. (2017). *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*. Second edition. Oxford: Oxford University Press.
- Constantino, M. J. in Bernecker, S. L. (2014). Bridging the common factors and empirically supported treatment camps: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy*, 51(4), 505–509.
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L. in Castonguay, L. G. (2013). Context-Responsive Psychotherapy Integration as a Framework for a Unified Clinical Science: Conceptual and Empirical Considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2(1), 1–20.

- Corbin, J. in Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: SAGE Publications.
- Craighead, W. E., Sheets, E. S. in Bjornsson, A. S. (2005). Specificity and nonspecificity in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 189–193.
- Creswell, J. W. in Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative and Mixed Methods Approaches*. 5th edition. London: SAGE publications.
- Crits-Christoph, P. in Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20–26.
- Crits-Christoph, P., Chambless, D. L. in Markell, H. M. (2014). Moving evidence-based practice forward successfully: Commentary on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy*, 51(4), 491–495.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. in Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. izd., str. 298–340). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. in Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 58(7), 376–385.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. in van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. in Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15, 245–258.
- Cuijpers, P., Reijnders, M. in Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231.
- Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N. in Možina, M. (2005). *Vzpostavlanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Čeh, M. (2020). *Izkušnje slovenskih klientov s psihoterapijo*. Magistrsko delo. Ljubljana: SFU Ljubljana.
- Černigoj, M. (2003). Epistemološka identiteta psihologije. *Psihološka obzorja*, 12(3), 93–102.
- Černigoj, M. (2007). *Jaz in mi*. Ljubljana: IPSA.
- David, D., Cristea, I. in Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4. Pridobljeno s: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797481/pdf/fpsy-09-00004.pdf>
- David, D., Lynn, S. J. in Montgomery, G. H. (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Davis, S. D. in Piercy, F. P. (2007). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part II: model-independent common factors and an integrative framework. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(3), 344–363.
- Davis, S. D., Lebow, J. L. in Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36–48.
- 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.
- DeBord, K. A., Fisher, A. R., Bieschke, K. J. in Perez, R. M. (2017). *Handbook of Sexual Orientation and Gender Diversity in Counseling and Psychotherapy*. Washington: APA.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. in Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–183.
- Desmet, M. (2013). Experimental and naturalistic psychotherapy research: consequences for researchers, clinicians, policy makers and patients. *Psychoanalytische Perspectieven*, 31(1), 59–78.

- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M. in Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: an initial comparison. *Psychother Res* 16(4), 393–407.
- Dickersin, K. in Chalmers, F. (2015). Thomas C Chalmers (1917–1995): a pioneer of randomized clinical trials and systematic reviews. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(6), 237–41.
- Dragioti, E., Dimoliatis, I. in Evangelou, E. (2015). Disclosure of researcher allegiance in meta-analyses and randomised controlled trials of psychotherapy: a systematic appraisal. *BMJ Open* 5(6), 1–10. Pridobljeno s: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458582/pdf/bmjopen-2014-007206.pdf>
- Drisko, J. W. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in society*, 85(1), 81–90.
- Drisko, J. (2013). The Common Factors Model: Its Place in Clinical Practice and Research. *Smith College Studies in Social Work*, 83(4), 398–413.
- Duncan, B. L. (2002). The founder of common factors: A conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 10–31.
- Duncan, B. L. (2010). Prologue: Saul Rosenzweig: the founder of the common factors. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble, M. A. (ur.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*, (2. izd., str. 3–22). Washington: APA.
- Duncan, B. L. (2014). *On Becoming a Better Therapist: Evidence-Based Practice One Client at a Time*. (2. izd.). Washington: American Psychological Association.
- Duncan, B. L. (2017). Foreword. V L. Isebaert, *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model* (str. ix–xlii). New York, London: Routledge.
- Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2000a). The client's theory of change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 169–187.
- Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2000b). *The heroic client: Doing client-directed, outcome informed therapy*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Duncan, B. L., Hubble, M. A. in Miller, S. D. (1997). *Psychotherapy with 'impossible' cases: The efficient treatment of therapy veterans*. New York: Norton & Co.
- Duncan, B., Miller, S. in Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, November/December, 36–45, 57.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. in Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed outcome-informed therapy* (2. izd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. in Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- 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* (2. izd.). Washington, DC: APA.
- Duncan, B. L. in Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 294–301.
- Duncan, B. L., Parks, M. B. in Rusk, G. S. (1990). Strategic eclecticism: A technical alternative for eclectic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 568–577.
- Duncan, B. L. in Reese, R. J. (2015). Using PCOMS Technology to Improve Outcomes and Accelerate Counselor Development. V T. Rousmaniere in E. Renfro-Michel (ur.), *Using Technology to Enhance Clinical Supervision* (str. 135–156). Alexandria: American Counseling Association.
- Duncan, B. L., Solovey, A. D. in Rusk, G. S. (1992). *Changing the rules: A client directed approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Duncan, B. L. in Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Fort Lauderdale, FL: Nova Southeastern University.

- Duncan, B. L., Sparks, J. A., Miller, S. D., Bohanske, R. T. in Claud, D. A. (2006). Giving Youth a Voice: A Preliminary Study of the Reliability and Validity of a Brief Outcome Measure for Children, Adolescents, and Caretakers. *Journal of Brief Therapy*, 5(2), 71-87.
- Dush, D. M., Hirt, M. L. in Schroeder, H. E. (1983). Self-statement modification with adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 94(3), 408-422.
- Dwairy, M. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach*. New York: Teachers College Press.
- Ecker, B., Ticic, R. in Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain. Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. London: Taylor Francis.
- Ecker, B. in Hulley, L. (2016). *Coherence Therapy: Practice Manual & Training Guide*. Oakland: Coherence Psychology Institute.
- Eels, T. D. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2. izd.). New York: The Guilford Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M. in Barlow, D. H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W. in Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fister, S. J. in Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Elkin, I. (1994). The NIHM treatment of depression collaborative program: where we began and where we are. V A. E. Bergin in S. L. Garfield (ur.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. izd., str. 114-139). New York: Wiley.
- Elkins, D. N. (2016). *The human elements of psychotherapy: A nonmedical model of emotional healing*. Washington, DC: APA.
- Elliot, R. (ur.) (1999). Special issue: qualitative psychotherapy research. *Psychother Res*, 9(3), 251-257.
- 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.
- Erskine, R. G. (1998). Psychotherapy in the USA: a manual of standardized techniques or a therapeutic relationship? *International Journal of Psychotherapy*, 3, 231-34.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N. in Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194-214.
- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Eysenck, H. J. (1960). Learning theory and behavior therapy. V Eysenck, H. J. (ur.). *Behavior therapy and the neuroses*. London: Pergamon.
- Eysenck, H. J. (1961). The effects of psychotherapy. V H. J. Eysenck (ur.), *Handbook of abnormal psychology* (str. 697-725). New York: Basic Books.
- Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.
- Eysenck, H. J. (1984). Meta-analysis: an abuse of research integration. *J Special Educat*, 18, 41-59.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M. in dr. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal Psychiatry*, 166, 311-319.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. in Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. V D. H. Barlow (ur.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4. izd., str. 578 - 614). New York: Guilford Press.
- Fisher, A. J. (2015). Toward a dynamic model of psychological assessment: implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 825-836. doi:10.1037/ccp0000026
- Fisher, A. J. in Boswell, J. F. (2016). Enhancing the personalization of psychotherapy with dynamic assessment and modeling. *Assessment*, 23, 496-506. doi:10.1177/1073191116638735
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E. in Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, 53(1), 105.
- Flick, U. von Kardorff, E. in Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. in Horvaths, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 350-361.
- Frank, J. D. in Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. izd.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freeman, C. in Power, M. (2007). *Handbook of evidence-based psychotherapies. A Guide for Research and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Frost, N. D., Laska, K. M. in Wampold, B. E. (2014). The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-8.
- Garcia, J. A. in Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationships problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2):439-443.
- Garfield, S. L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 9-12.
- Garfield, S. L. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13(5), 610-623.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 168-201). New York: Basic Books.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1997). Brief psychotherapy: The role of common and specific factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 4(4), 217-225.
- Garfield, S. L. in Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. V A. E. Bergin in S. L. Garfield (ur.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Garfield, S. L. in Kurtz, R. (1975). Clinical psychologists: A survey of selected attitudes and views. *The Clinical Psychologist*, 28(3), 4-7.
- Garfield, S. L. in Kurtz, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(1), 78-83.
- Gassmann, D. in Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1-11.
- Gelo, O. C. G. (2012). On research methods and their philosophical assumptions: "raising the consciousness of researchers" again. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 14(2), 111-130.
- Gelo, O. C. G. in Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. V A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter in B. Rieken (ur.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (str. 57-84). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Gelo, O., Pritz, A. in Rieken, B. (2016). *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome*. Wien: Springer Verlag GmbH.
- Gielen, U. P., Draguns, J. G. in Fish, J. M. (2008). *Principles of multicultural counseling and therapy*. New York: Routledge.
- Given, L. M. (2008). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. Vol 1-2. London: SAGE Publications.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3–8.
- Glebova, T., Bartle-Haring, S., Gangamma, R., Knerr, M., Delaney, R. O., Meyer, K., Mcdowell, T., Adkins, K. in Gafsky, E. (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy: Multiple perspectives. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 42–65.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. in Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *Am Psychol*, 35, 991–999.
- Goldfried, M. R. (1982). *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic and behavioral practice*. New York: Springer.
- Goldfried, M. R. in Newman, C. F. (1992). A history of psychotherapy integration. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 46–93). New York: Basic Books.
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E. in Sternberg, R. J. (2006). *Evidence-Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goodwin, B. J., Coyne, A. E. in Constantino, M. J. (2018). Extending the context-responsive psychotherapy integration framework to cultural processes in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 55(1), 3–8.
- Grand, D. (2013). *Brainspotting: The Revolutionary New Therapy for Rapid and Effective Change*. Boulder: Sounds True.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Goettingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). *Neuropsychotherapie. How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy*. New York, London: Psychology Press Taylor & Francis Group.
- Grawe, K. (1990). Vorwort zur Berner Therapievergleichstudie. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*, 19, 292–293.
- Grawe, K., Caspar, F. in Ambuehl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichstudie: I - Fragestellung und Versuchsplan; II - Prozessvergleich; III - Wirkungsvergleich und differentielle Indikation; IV - Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*, 19, 294–376.
- Grawe, K., Donati, R. in Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, D. in Latchford, G. (2012). *Maximising the Benefits of Psychotherapy: A Practice-Based Evidence Approach*. Chichester: John Wiley Sons, Ltd.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. (2. izd.). Washington, DC: APA.
- Greenberg, L. S. in Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. in Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657–678.
- Grencavage, L. M. in Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372–378.
- Gurman, A. S. (1978). Contemporary marital therapies: A critique and comparative analysis of psychoanalytic, behavioral and systems theory approaches. V T. J. Paolino in B. S. McCrady (ur.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives* (str. 445–566). Oxford, England: Brunner/Mazel.

- Hagemoser, S. D. (2009). Braking the Bandwagon: Scrutinizing the Science and Politics of Empirically Supported Therapies. *The Journal of Psychology*, 143(6), 601–614.
- Haken, H. in Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hall, W. (2016). *Vodnik za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil v skladu z načeli zmanjševanja škode*. Ljubljana: Kralji ulice, Šent, SFU Ljubljana, Mesto znanja, Zavod Moja pot.
- 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.
- Hansen, N., Lambert, M. in Forman, E. (2002). The psychotherapy dose-effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329–343.
- Hardt, O., Einarsson, E. O. in Nader, K. (2010). A bridge over troubled water: Reconsolidation as a link between cognitive and neuroscientific memory research traditions. *Annual Review of Psychology*, 61, 141–67.
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., Castillo, S. in Karno, M. (2006). Common and specific effects of couples treatment for alcoholism: a test of the generic model of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 365–84.
- Hasin, M. A. A., Seeluangsawat, R. in Shareef, M. A. (2001). Statistical measures of customer satisfaction for health care quality assurance: a case study. *International journal of health care quality assurance*, 14(1), 6–14.
- Hedges, L. V. in Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. New York: Academic press.
- Heinzel, S., Tominschek, I. in Schiepek, G. (2014). Dynamic pattern in psychotherapy—Discontinuous changes and critical instabilities during the treatment of obsessive compulsive disorder. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 18(2), 155–176.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland M. D. in Cunningham P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2. izd.). New York: The Guilford Press.
- Hepple, J. in Sutton, L. (2004). *Cognitive Analytic Therapy and Later Life. A new perspective on old age*. New York: Brunner-Routledge.
- Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., O'Donohue, W. T., Rosen, G. M. in Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20, 945–971.
- Hersoug, A. G. (2010). A closer look at good and poor outcome in psychodynamic, psychotherapy: a case comparison study. *Clin Case Stud*, 9(2), 135–153.
- Hill, C. E. (1994). Special section: qualitative research in counseling process and outcome. *J Couns Psychol* 41(4).
- Hoffart, A., Borge, F.-M., Sexton, H., Clark, D. M. in Wampold, B. E. (2012). Psychotherapy for social phobia: How do alliance and cognitive process interact to produce outcome? *Psychotherapy Research*, 22, 82–94.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. in Fang A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427–440.
- Hofmann, S. G. in Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510–513.
- Hofmann, S. G. in Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621–632.
- Hollon, S. D. (1999). Allegiance effects in treatment research: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 107–112.
- Horvath, A. O. in Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149.

- Hubble, M., Duncan, B., and Miller, S. (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington: American Psychological Association Press.
- Hunsley, J. in Di Giulio, G. (2002). Dodo bird, phoenix or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 13-24.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., Kevin M. McKay, K. M. in Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197-206.
- Imel, Z. E. in Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. V S. D. Brown in R. W. Lent (ur.), *Handbook of counseling psychology* (str. 249-266). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Johnsen, T. J. in Friberg, O. (2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747-768.
- Joyce, A. S. in Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(3), 236.
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. in McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 672
- Jørgensen, C. R. (2004). Active Ingredients in Individual Psychotherapy: Searching for Common Factors. *Psychoanalytic psychology*, 21(4), 516.
- Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., Kirsch, I., Schynner, R. N., Nam, B. H., Nguyen, L. T., Park, M., Rivers, A. L., McManus, C., Kokkotou, E., Drossman, D. A., Goldman, P. in Lembo, A. J. (2008). Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 336, 999-1003.
- Karam, E. A., Blow, A. J., Sprenkle, D. H. in Davis, S. D. (2015). Strengthening the systemic ties that bind: integrating common factors into marriage and family therapy curricula. *Journal of Marital & Family Therapy*. 41(2), 136-149.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kazantzis, N. in Ronan, K. R. (2006). Can between-session (homework) activities be considered a common factor in psychotherapy?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 115.
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 133-156.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 184-188.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 1-27.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.
- Kazdin, A. E. in Wilson, G. T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence and research*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J. in dr. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kellett, S. (2007). A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 389-405.
- Kellett, S. in Hardy, G. (2013). Treatment of paranoid personality disorder with cognitive analytic therapy: a mixed methods single case experimental design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 452-464.
- Kelley, J. M., Lembo, A. J., Ablon, J. S., Villanueva, J. J., Conboy, L. A., Levy, R., Marci, C. D., Kerr, C. E., Kirsch, I., Jacobson, E. E. in Kaptchuk, T. J. (2009). Patient and practitioner influences on the placebo effect in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 71, 789-797.

- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M. in Sood, E. (2008). Flexibility with fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 987-993.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol Bull*, 65, 110-136.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1982). Confronting the client-therapist relationship on psychotherapy. V J. C. Anchin in D. J. Kiesler (ur.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (str. 274-295). Elmsford: Pergamon.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kim, D-M, Wampold, B. E. in Bolt, D. M. (2006) Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16(2), 161-172.
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 791-803.
- Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York: Basic Books.
- Kirsch, I., Wampold, B. in Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills?. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 121-131.
- 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.
- Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Delaney, R. O., Gangamma, R., Glebova, T., Gafsky, E. in Meyer, K. (2011). The impact of initial factors on therapeutic alliance in individual and couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 182-199.
- Kobal, L. (2004). Terapevtska delovna zveza: integrativni koncept sodobne psihoterapije. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kompetentni psihoterapevt : prispevki na naslovno temo, druge delavnice, prispevki iz drugih virov* (str. 152-160). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Kobal, L. (2013). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 7(3), 63-85.
- Kordeš, U. (2004). *Od resnice k zaupanju*. Ljubljana: Studia humanitatis.
- Kordeš, U. in Smrdur, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Kostanjšek, B. (2004). *Primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Kovačević Tojinko, N. (2019). *Patient's Perception of Corrective Experiences in Psychoanalytic Psychotherapy*. Doctoral disertation. Vienna: Sigmund Freud University.
- Kraus, R. Stricker, G. in Speyer, C. (2011). *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. 2. izd. New York: Academic Press.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. V J. C. Norcross (ur.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (str. 436-462). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. V J. C. Norcross in M. R. Goldstein (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2007). *The Mechanisms of Change in Psychotherapy and Implications for Practice*. Predavanje na Kongresu Selbstorganisation von Geist & Gehirn v Eggenburgu, 7. - 9. oktobra 2007.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: APA.
- Lambert, M. J. (2013a). Introduction and historical overview. V Lambert, M. J. (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. izd., str. 3-20). Hoboken: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013b). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. izd.). Hoboken: Wiley.

- Lambert, M. J. (2013c). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. izd., str. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J. in Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L. in Bergin, A. E. (2004). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B. in Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, M. J. in Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. izd., str. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. in Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51(4), 500-504.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. in Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians routinely to track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology*, 10, 288-301.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Definitional and research issues in the common factors approach to psychotherapy integration: Misconceptions, clarifications, and proposals. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(4), 415-438.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L. in Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1-64.
- Laska, K. M. (2012). *The cost of determining the marginal efficacy of empirically supported treatments* (Doctoral dissertation). University of Wisconsin-Madison, Madison, WI.
- 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), 467-481.
- Laska, K. M. in Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychol Rep*, 21(2), 415-6.
- Lazarus, A. A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1997). *Brief but Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way*. New York: Springer.
- Lazarus, A. A. (2005). *Multimodal therapy*. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (str. 105-120). New York: Oxford University Press.
- Lebow, J. (2006). *Research for the Psychotherapist*. New York: Routledge.
- Lebow, J. (2008). *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lebow, J. (2014). *Common factors. Couple and family therapy: an integrative map of the territory*. Washington, DC: APA.
- LeDoux, (2015). *Anxious: The Modern Mind in the Age of Anxiety*. London: Oneworld Publications.
- Leichsenring, F. in Steinert, C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *Jama*, 318(14), 1323-1324.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S. in Steinert, C. (2018). "Gold Standards," Plurality and Monocultures: The Need for Diversity in Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 159.
- Levy, R. A. in Ablon, J. S. (2009). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*. Totowa: Humana Press.
- Leykin, Y. in DeRubeis, R. J. (2009). Allegiance in psychotherapy outcome research: Separating association from bias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 54-65.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. in dr. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Littauer, H., Sexton, H. in Wynn, R. (2005). Qualities clients wish for in their therapists. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 28-31.
- Littel, J. H. (2010). Evidence-Based Practice: Evidence or Ortodoxy. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (2010), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. izd., str. 167-198). Washington, DC: APA.
- Locke, K. D. (2006). Interpersonal Circumplex Measures. V Strack, S. (ur.), *Differentiating normal and abnormal personality* (str. 383-400). New York: Springer.
- Luborsky, L. (1969). Critical evaluation of Strupp and Bergin. Research cannot yet influence clinical practice. *International Journal of Psychiatry*, 7, 135-140.
- Luborsky, L. (1994). The benefits to the clinician of psychotherapy research: A clinician-researcher's view. V P. F. Talley, H. H. Strupp in S. F. Butler (ur.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (str. 167-180). New York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "everyone has won so all shall have prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 106-109.
- Luborsky, L. in DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 5-14.
- Luborsky, L., Diguier, L., Luborsky, E. in Schmidt, K. A. (1999). The efficacy of dynamic versus other psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?"—an update. V D. S. Janowsky (ur.), *Psychotherapy Indications and Outcomes* (str. 3-22). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M. in Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapeutic allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-132.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. in Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. in Luborsky, S. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Lynn, S. J. in Kirsch, I. (2006). *Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series. Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. Washington: APA.
- Maeschalck, C. L., Prescott, D. S. in Miller, S. D. (2019). Feedback informed treatment. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 105-122). New York: Oxford.
- Maguire, M. (2004). *Men, Women, Passion and Power: Gender Issues in Psychotherapy*. (2. izd.). Hove in New York: Brunner-Routledge.
- Maltzman, S. (2001). The specific ingredients are in the match: Comments on Ahn and Wampold (2001). *Journal of Counseling Psychology*, 48, 258-261.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. in Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K. in dr. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Marmor, J. in Woods, S. M. (1980). *The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Marsella, A. J. in Pedersen, P. B. (1986). *Cross-Cultural Counseling and Psychotherapy*. (2. izd.). New York: Pergamon Press.

- Masten, R. (2008). Integracija smeri v psihoterapiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(1-2), 54-62.
- Matt, G. E. (1989). Decision rules for selecting effect sizes in meta-analysis: a review and reanalysis of psychotherapy outcome studies. *Psychol Bull*, 105(1), 106-15.
- Matt, G. E. in Navarro, A. M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: a review and future directions. *Clin Psychol Rev*, 17(1), 1-32.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D.M. in Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368-376.
- McAleavey, A. A. in Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. V O. Gelo, A. Pritz in B. Rieken (ur.), *Psychotherapy research: foundations, process and outcome* (str. 293-310). Vienna: Springer.
- 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.
- McHugh, R. K. in Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84.
- McHugh, R. K. in Barlow, D. H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
- McHugh, R. K., Murray, H. W. in Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 946-953.
- McLeod, B. D. (2009). Understanding Why Therapy Allegiance Is Linked to Clinical Outcomes. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(1), 69-72.
- McNally, R. J. (1999). EMDR and mesmerism: A comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 225-236.
- Meinert, C. L. (1989). Meta-analysis: Science or religion? *Controlled Clinical Trials*, 10(4), 257-263.
- Meinert, C. L. (2012). *Clinical Trials: Design, Conduct, and Analysis* (2. izd.). Oxford: Oxford University Press.
- Meldrum, M. L. (2000). A brief history of the randomized controlled trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard. *Hematol Oncol Clin North Am*, 14(4), 745-60.
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Miller, S. D. (2004). Losing Faith: Arguing for a New Way to Think About Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 10(2), 44-51.
- Miller, S. D. (2012). *Feedback-informed clinical work: The basics*. International Center for Clinical Excellence. Pridobljeno s: doi:10.1017/jsc.2012.19
- Miller, S. in Bargmann, S. (2011). Feedback-informed treatment (FIT): Improving the treatment of male clients one man at a time. V J. Ashfield, (ur.), *Doing psychotherapy with men: Practicing ethical psychotherapy and counselling with men* (str. 194-208). St Peters: Australian Institute of Male Health and Studies.
- Miller, S. D. in Donahey, K. M. (2012). Feedback-informed treatment (FIT): Improving the outcome of sex therapy one person at a time. V P. J. Kleinplatz (ur.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (str. 195-211). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Miller, S. D. in Duncan, B. L. (2012). Paradigm Lost: From Model-Driven to Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 20-34.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. in Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.

- Miller, S. D., Duncan, B. L. in Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton & Co.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrel, R. in Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 199-208.
- Miller, S. D. in Hubble, M. A. (2004). Further Archeological and Ethnological Findings on the Obscure, Late 20th Century, Quasi-Religious Earth Group Known as "the Therapists" (A Fantasy About the Future of Psychotherapy). *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 38-65.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. in Chow, D. L. (2018). The Question of Expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise*, 1(2), 1-9.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. in Chow, D. L. (2020). *Better Results: Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic Effectiveness*. Washington, DC: APA.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L. in Seidel, J. (2014). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today and tomorrow. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 64-75.
- 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. D., Hubble, M. A. in Duncan, B. L. (1991). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Miller, S. D., Mee-Lee, D., Plum, W. in Hubble, M. A. (2005). Making Treatment Count: Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work with Problem Drinkers. V J. Lebow (ur.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (str. 281-308). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Miller, S. D., Wampold, B. E. in Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 5-14.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Modic, K. U. (2019). *Učinkovitost in spremembe v procesu integrativne psihoterapije*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Modic, K. U. in Žvelc, G. (2016). Pomagajoči vidiki terapevtskega odnosa v integrativni psihoterapiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(1-2), 73-91.
- Moerman, M. in McLeod, J. (2006). Person-centered counseling for alcohol-related problems: The client's experience of self in the therapeutic relationship. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(1), 21-35.
- Morris, E., Fitzpatrick, M. in Renaud, J. (2016). A pan-theoretical conceptualization of client involvement in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(1), 70-84.
- Moses, E. B. in Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146-150.
- Možina, M. (2009). Pridi k meni: o odločanju, kairosu in trenutkih srečanja v psihoterapiji. V M. Bohanec in dr. (ur.), *Informacijska družba - IS 2009*, 12. do 16. oktober 2009: zvezek A (str. 337-342). Ljubljana: Inštitut Jožef Štefan.
- Možina, M. (2010). O psihoterapevtovi gotovosti v negotovost, dvojni vezi in paradoksih. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1-2), 67-96.
- Možina, M. (2013). Shema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije utemeljena na psihoterapevtski znanosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 7(3-4), 25-50.
- Možina, M. (2016a). Uvodnik o melanholiji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 10(3-4), 5-30.
- Možina, M. (2016b). Spremnja beseda - Psihiatrična zdravila: kdaj so koristna in kdaj so lahko škodljiva. V W. Hall, *Vodnik za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil v skladu z načeli zmanjševanja škode* (str. 56-59). Ljubljana: Kralji ulice, Šent, SFU Ljubljana, Mesto znanja, Zavod Moja pot.
- Možina, M. (2017). Uvodnik o depresiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1-2): 5-51.
- Možina, M. (2019a). Uvodnik o slišanju glasov. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4): 9-25.

- Možina, M. (2019b). Epistemologija halucinacij in slišanja glasov: prispevek konstruktivizma in nevrofenomenologije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4): 27-71.
- Možina, M. (2020a). Zgodnja leta ptiča Dodo: Razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankovega kontekstualnega modela. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 15-81.
- Možina, M. (2020b). Uvodnik o skupnih dejavnikih in refleksivni psihoterapiji Grahama Barnesa. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 9-12.
- Možina, M. (2020c). Psihoterapija brez diagnoz in njen prispevek k pravičnosti v družbi: v spomin Grahamu Barnesu (1936-2020). *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 259-315.
- Možina, M. (2020d). Steps to a Reflexive Psychotherapy: How to Avoid Being Used by Theory While Using Theory to Avoid Being Used by Theory. *Constructivist Foundations*, 16(1), 116-119.
- Možina, M. (2021). Uvodnik o skupnih dejavnikih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), v tisku.
- Možina, M. in Barnes, G. (2020). Second-order psychotherapy: How psychotherapists use theories and how psychotherapy theories use psychotherapists? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 231-257.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša U. in Rakovec P. (2018). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7-39.
- Možina, M. in Kordeš, U. (2005). Obiranje sadov z drevesa spoznanja. V H. R. Maturana in F. J. Varela, *Drevo spoznanja*, (2. izd.) (str. 219-248). Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Možina, M., Žvelc M., Černetič, M., Kozina, A. in Žvelc, G. (2015). Psihoterapevtska raznolikost: koliko pristopov potrebujemo. Poročilo iz 8. Evropske konference o raziskovanju psihoterapije od 24. do 26. septembra 2015 v Celovcu. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 9(4), 147-158.
- Mulder, R., Murray, G. in Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953-962.
- Munder, T., Gerger, H., Trelle, S. in Barth, J. (2011). Testing the allegiance hypothesis: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 21(6), 670-684.
- Muran, J. C., Castonguay, L. G. in Strauss, B. (2010). A brief introduction to psychotherapy research. V L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. H. Hayes, N. Ladany in T. Anderson, (ur.), *Bringing psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researchers* (str. 3-13). Washington: APA Press.
- Nathan, P. E. in Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work* (3. izd.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Journal of the Division of Psychotherapy, American Psychological Association*, 38, 345-356.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. V B. Duncan, S. Miller, B. Wampold in M. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2. izd., str. 113-141). Washington, DC: APA.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. in Levant, R. F. (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: APA.
- Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (1992). *Handbook of Psychotherapy Integration* (1. izd.). New York: Basic Books.
- Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J., Karg, R. in Prochaska, J. (1997). Clinical psychologists in the 1990s. II. *The Clinical Psychologist*, 50, 4-11.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. in Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 279-300). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2011a). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4-8.

- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2011b). Evidence-Based Therapy Relationships. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. izd.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 127-132.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *J Clin Psychol*, 1-18.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. L., Eggett, D., Nielsen, L. in Dayton, D. D. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.
- Oliver, R. L. (2014). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. New York: Routledge.
- Orlinsky, D. E. (1994). Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice. V P. F. Talley, H. H. Strupp in S. F. Butler (ur.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (str. 99-123). New York: Basic Books.
- Orlinsky, D. E. (2010). Foreword. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.) (2010), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. izd., str. xix-xv). Washington, DC: APA.
- Orlinsky, D. E. in Howard, G. S. (1986). Process and outcome in psychotherapy. V A. E. Bergin in S. L. Garfield (ur.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (str. 311-384). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. in Howard, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.
- Orlinsky, D. E. in Russel, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research. Notes on the fourth generation. V R. L. Russel (ur.), *Reassessing psychotherapy research* (str. 185-214). New York: Guilford.
- Owen, J. in Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 384-389.
- Pajer, M. (2019). *Technology in psychotherapy - e-therapy: building a therapeutic relationship in the digital environment*. Vienna: Sigmund Freud University.
- Pérez Álvarez, M. (2019). Psychotherapy as a human science, more than a technological one. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *Am Psychol*, 41(11), 1252-1260.
- Pesale, F. P., Hilsenroth, M. J. in Owen, J. J. (2012). Patient early session experience and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 417-425.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Pollock, P. H. (2001). *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse. Approaches to treatment and case management*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Praper, P. (2004). Terapevtska delovna aliansa: od analitičnega do panteoretičnega koncepta. *Psihološka obzorja*, 13(1), 65-83.
- Praper, P. in Mrevlje, G. (1997). Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: sodelovanje ali razhajanje? *Psihološka Obzorja*, 6(4), 79-94.
- Prescott, D. S., Maeschalck, C. L. in Miller, S. D. (2017). *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. Philadelphia: APA.

- Prioleau, L., Murdock, M. in Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-310.
- Pritz, A. (1996). *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien: Springer.
- Prochaska, J. O. in DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. in Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. in Evers, K. (2002). The Transtheoretical Model and Stages of Change. V K. Glanz, B. K. Rimer in F. M. Lewis, (ur.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3. izd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
- Prochaska, J. O. in Norcross, J. C. (2003). *Systems of psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. Pacific Grove: Brooks/ Cole.
- Prochaska, J. O. in DiClemente, C. C. (2005). The Transtheoretical Approach. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried, M. R. (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 147-171). New York: Oxford University Press.
- Queen, A. H., Barlow, D. H. in Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6). 511-521.
- Rachman, S. J. in Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2. izd.). New York: Pergamon Press.
- 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.
- Rahne Mandelj, T. (2015). *Prehod v starševstvo kot priložnost za ustvarjanje varne navezanosti v paru in v odnosu z otrokom: proces soustvarjanja ranljivosti*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Rančigaj, A. (2016). *Primerjava med psihoterapijo in socialno pedagogiko z vidika (doseženih) sprememb*. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Reid, W. J. (1997). Evaluating the dodo's verdict: Do all interventions have equivalent outcomes? *Social Work Research*, 21(1), 5-16.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. V S. G. Toukmanian in D. L. Rennie (ur.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (str. 211-233). London: Sage.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437.
- Rennie, D. L. (2000). Grounded theory methodology as methodological hermeneutics. *Theory & Psychology*, 10(4), 481-502.
- Rennie, D. L. (2012). Qualitative research as methodical hermeneutics. *Psychol Methods*, 17(3), 385-398.
- Rennie, D. L., Watson, K. D. in Monteiro, A. M. (2002). The rise of qualitative research in psychology. *Canadian Psychology* 43(3), 179-189.
- Riemer, M., Rosof-Williams, J. in Bickman, L. (2005). Theories related to changing clinician practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 241-254.
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F. in Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108-116.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. in Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull*, 108(1), 30-49.
- Rodgers, B. (2003). An exploration into the client at the heart of therapy: a qualitative perspective. *Person-centered & experiential psychotherapies*, 2(1), 19-30.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality changes. *Journals of Consulting and Clinical Psychology*, 21(2), 95-103.

- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. London: Constable.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. (5. izd.). New York: Free Press.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- Roth, A. in Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: The Guilford Press.
- Roth, A. in Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2. izd.). New York: Guilford Publications.
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate Practice for Psychotherapists: A Guide to Improving Clinical Effectiveness*. New York, London: Routledge.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. in Wampold, B. E. (2017). *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Rousmaniere, T. in Renfro-Michel, E. (2016). *Using Technology to Enhance Clinical Supervision*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Russell, G. I. (2015). *Screen Relations – The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. Karnac Books Ltd.
- Russell, R. L. (1994). *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Ryle, A. (1978). A common language for psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*, 132, 585-94.
- Ryle, A. (1990) *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (2005). Cognitive analytic therapy. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (str. 196-217). New York: Oxford University Press.
- Ryle A. in Beard, H. (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 249-258.
- Ryle, A. in Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197-210.
- Ryle, A. in Kerr, I. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A., Poynton, A. M. in Brockman, B. J. (1990). *Cognitive-analytic therapy: Active participation in change: A new integration in brief psychotherapy*. John Wiley & Sons.
- Ryle, A., Spencer, J. in Yawetz, C. (1992). When Less Is More Or At Least Enough: Two Case Examples of 16-session Cognitive Analytic Therapy. *British Journal of Psychotherapy* 8(4), 401-412.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. in Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W. in Haynes, R. B. (1997). *Evidence-Based Medicine*. New York: Churchill Livingstone.
- Sacks, H. S., Berrier, J., Reitman, D., Ancona-Berk, V. A. in Chalmers, T. C. (1987). Meta-analyses of randomized controlled trials. *New Engl J Med*, 316, 450-5.
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 11-24.

- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M. in dr. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication- treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 304, 875–880.
- Schaeffer, C. M. in Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453.
- Schiepek, G. (1996). Psychotherapie als Wissenschaft? V A. Pritz (ur.), *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen* (str. 205-218). Wien: Springer.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (2008). Psihoterapija kot z dokazi podprt proces upravljanja. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(1-2), 7-32.
- Schiepek, G. (2011). *Neurobiologie der Psychotherapie* (2. izd.). Stuttgart: Schattauer.
- Schiepek, G., Aas, B. in Viol, K. (2016). The Mathematics of Psychotherapy: A Nonlinear Model of Change Dynamics. *Nonlinear Dyn Psychol Life Sci*, 20(3), 369-399.
- Schiepek, G., Eckert, H., Aas, B., Wallot, S. in Wallot, A. (2015). *Integrative Psychotherapy: A Feedback Driven Dynamic Systems Approach*. Göttingen: Hogrefe.
- Schiepek, G., Ludwig-Becker, F., Helde, A., Jagdfeld, F., Petzold, E.R. in Kröger, F. (2005). Sinergetika za prakso. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi* (str. 25-33) Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Schiepek, G., Picht, A., Spreckelsen, C., Altmeyer, S. in Weihrauch, S. (2005). Računalniško podprta procesna diagnostika dinamičnih sistemov. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi* (str. 34-51). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Schiepek, G., Viol, K., Aichhorn, W., Hütt, M-T, Sungler, K., Pincus, D. in Schöller, H. J. (2017). Psychotherapy is Chaotic - (Not Only) in a Computational World. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-23. Pridobljeno s: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00379/full>
- Schöller, H., Viol, K., Aichhorn, W., Hütt, M.-T. in Schiepek, G. (2018). Personality development in psychotherapy: A synergetic model of state-trait dynamics. *Cognitive Neurodynamics*, 12(5), 441–459.
- Schroedter, M. (2005). Will the Dodo Bird also Be Hunting Social Work?. V P. Sommerfeld (ur.), *Evidence-Based Social Work - Towards a New Professionalism?* (str. 53-60). Bern: Peter Lang.
- Schuckard, E. in Miller, S. D. (2016). *Results form RCT's and Meta-Analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback: The Available Evidence*. International Center for Clinical Excellence. Pridobljeno s: <https://www.scotttdmiller.com/wp-content/uploads/2016/09/Measures-and-Feedback-2016.pdf>
- 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: APA.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. in Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Sexton, T. L. in Ridley, C. R. (2004). Implications of a moderated common factors approach: Does it move the field forward? *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 159–163.
- Sexton, T. L., Ridley, C. R. in Kleiner, A. J. (2004). Beyond common factors: Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 131–149.
- Shapiro, A. K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. V A. E. Bergin in S. L. Garfield, S. L. (ur.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (str. 439–473). New York: Wiley.
- Shapiro, A. K. in Morris, L. A. (1978). Placebo effects in medical and psychological therapies. V A. E. Bergin in S. L. Garfield, S. L. (ur.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2. izd., str. 369–410). New York: Wiley.
- Shapiro, D.A. in Shapiro, D. (1982). Meta - analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581 – 604.

- Shaw, B. F. (1999). How to use allegiance effects to maximize competence and therapeutic outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 131–132.
- Silverman, W. K., Pina, A. A. in Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105–130.
- Simbano, R. R. (2011). *Effects of multisystemic therapy on juvenile delinquency and youth conduct disorder*. Master's Thesis. Joensuu: University of Eastern Finland.
- Six, T. (2014). Characteristics of highly effective therapists. Master's thesis in clinical psychology. Pridobljeno s: https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/166/096/RUG01-002166096_2014_0001_AC.pdf
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*. New York: Knopf.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. in Whipple, K. (1975). *Psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smail, D. (1999). The Impossibility of Specifying “Good” Psychotherapy. Pridobljeno s: [Http://www.oikos.org/smailther.htm](http://www.oikos.org/smailther.htm).
- Smith, M. L. in Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752 – 760.
- Smith, M., Glass, G. in Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins.
- Snow, B. A. (1990). Education in the Systems Sciences An Annotated Guide to Education and Research Opportunities in the Sciences of Complexity. Washington: American Society of Cybernetics. Pridobljeno s: <https://philpapers.org/archive/SNOEIT.pdf>
- Snyder, C. R., Michael, S. T. in Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 179-200). Washington, DC: APA.
- Sommerfeld, P. (2005). *Evidence-Based Social Work - Towards a New Professionalism?*. Bern: Peter Lang
- Somrak, M. (2015). *Personalizacija medicine – osebni pristop*. Diplomsko delo. Maribor: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru.
- Sparks, J. A., Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2006). Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy: Myths and the Missing Link. *Journal of Family Psychotherapy*, 17(3/4), 83-108.
- Sparks, J. A., Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2008). *Common factors in psychotherapy. Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sprenkle, D. H. in Blow, A. J. (2004a). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Sprenkle, D. H. in Blow, A. J. (2004b). Common factors are not islands—they work through models: A response to Sexton, Ridley, and Kleiner. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 151-157.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D. in Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York, NY: Guilford Publications.
- Stamoulos, C., Trepanier, L., Bourkas, S., Bradley, S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman, D. in Drapeau, M. (2016). Psychologists' Perceptions of the Importance of Common Factors in Psychotherapy for Successful Treatment Outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 300-317.
- Steele, R. G., Elkin, T. D. in Roberts, M. C. (2008). *Issues in clinical child psychology. Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*. New York: Springer Science.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: London.
- Stiles, W. B. (1982). Psychotherapeutic process: Is there a corn mon core? V L. E. Abt in I. R. Stuart (ur.), *The newer therapies: A sourcebook* (str. 4-17). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. in Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stricker, G. in Gold, J. R. (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Springer.

- Stricker, G. in Gold, J. (2005). *Assimilative Psychodynamic Psychotherapy*. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (str. 221–240). New York: Oxford University Press.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1–9.
- Strupp, H. H. in Hadley, S. W. (1979). Specific vs non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125–1136.
- Strupp, H. H. in Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. V D. K. Freedheim, H. J. Freudenberg, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, Strupp, H. H. in P. L. Wachtel (ur.), *History of psychotherapy: A century of change* (str. 309–334). Washington, DC: APA.
- Summers, R. F. in Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press.
- Sue, D. W., Gallardo, M. E. in Neville, H. A. (2014). *Case Studies in Multicultural Counseling and Therapy*. Hoboken: Wiley.
- Ščuka, L. (2005). Pomen metaanalize v medicini. *Zdrav vestn*, 74, 39–48.
- Šugman Bohinc, L. (2010). Od objektivizma h konstruktivizmu in socialnemu konstrukcionizmu v sistemski psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1/2), 51–66.
- Šugman Bohinc, L. (2011). Sinergetika soustvarjanja učenja in pomoči v šoli. V L. Šugman Bohinc (ur.), *Učenci z učnimi težavami: Izvirni delovni projekt pomoči* (str. 36–79). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Talley, P. F., Strupp, H. H. in Butler, S. F. (1994). *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Tallman, K. in Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 91–131). Washington, DC: APA.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3–23.
- Taylor, P. J., Jones, S., Huntley C. D. in Seddon, C. (2017). What are the key elements of cognitive analytic therapy for psychosis? A Delphi study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 511–529.
- The Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: Norton.
- Tilden, T. in Wampold, B. E. (2017). *Routine Outcome Monitoring in Couple and Family Therapy. The Empirically Informed Therapist*. Cham: Springer.
- Tikkanen, H. in Alajoutsijärvi, K. (2002). Customer satisfaction in industrial markets: opening up the concept. *Journal of business & industrial marketing*, 17(1), 25–42.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A. in Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 227–236.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720.
- Tolin, D. F. (2014). Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 351–362.
- Tolin, D. F. (2015). Corrigendum to “Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 315–316.
- Torrey, E. F. (1972). What western psychotherapists can learn from witchdoctors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 69–76.
- Torrey, E. F. (1973). *The mind game: Witch doctors and psychiatrists*. New York: Bantam.

- Tracey, T. G. J., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D. in Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13(4): 401–413.
- Tramonti, F. (2018). Steps to an Ecology of Psychotherapy: The Legacy of Gregory Bateson. *Systems Research and Behavioral Science*, 36, 128–139.
- 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.
- Tschuschke, V., Koemeda, M. in Schlegel, M. (2013). *PAP-SRating-Manual (PAP-S-RM)*. Schweizer Charta für Psychotherapie. Zurich: Swiss Charta of Psychotherapie.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Köhler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A. in Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Journal of Psychotherapy Research*, 25(4), 420–34.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L. in Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49, 291–302.
- Verhaeghe, P. (2016). *Identiteta*. Mengeš: Ciceron.
- Verbnik, Š. in Možina, M. (2021). Skupni dejavniki v partnerski in družinski psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), v tisku.
- Wachtel, P. L. (1975). Behavior therapy and the facilitation of psychoanalytic exploration. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 12, 68–72.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington DC: APA.
- Wachtel, P. L. (2002). EMDR and psychoanalysis. V F. Shapiro (ur.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (str. 123–150). Washington, DC: APA.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (2011a). *Therapeutic Communication*. 2. izd.. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (2011b). *Inside the session: What really happens in psychotherapy*. Washington, DC: APA.
- Wachtel, P. L., Kruk, J. C. in McKinney, M. K. (2005). *Cyclical Psychodynamics and Integrative Relational Psychotherapy*. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (str. 172–195). New York: Oxford University Press.
- Wampold, B. E. (2001a). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10(2), 69–86.
- Wampold, B. E. (2001b). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.; Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (str. 49–81). Washington: APA.
- Wampold, B. E. (2011). *Qualities and actions of effective therapists*. DVD video. Washington: American Psychological Association. Dostopno na: https://nanopdf.com/download/qualities-and-actions-of-effective-therapists_pdf
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wampold, B. E. in Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923.
- Wampold, B. E. in Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship - and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601–623.

- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M. in Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- Wampold, B. E., Frost, D. N. in Yulish, N. E. (2016). Placebo Effects in Psychotherapy: A Flawed Concept and a Contorted History. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 108-120.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York, NY: Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S. in Johnson Jennings, M. D. (2006). Insight as a common factor. V L. G. Castonguay in C. E. Hill (ur.), *Insight in psychotherapy* (str. 119-139). Washington, DC: APA.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. in Miller, S. D. (2009). Barriers to the Dissemination of Empirically Supported Treatments: Matching Messages to the Evidence. *The Behavior Therapist*, 32(7), 144-155.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., Del Re, A. C., Baardseth, T. P. in Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clin Psychol Rev*, 30(8), 923-33.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. in Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Wampold, B. E., Minami, T., Tierney, S. C., Baskin, T. W. in Bhati, K. S. (2005). The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 835-854.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. in Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Watson, G., Adler, A., Allen, F. H., Bertine, E., Chassell, J. O., Durkin, H., Rogers, C. R., Rosenzweig, S. in Waelder, R. (1940). Areas of agreement in psychotherapy: Section meeting, 1940. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10(4), 698-709.
- Watson, J. C. in Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 500-509.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. in Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.
- Weinberger, J. (2002). Short paper, large impact: Rosenzweig's influence on the common factors movement. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 67.
- 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 S. G. Hofmann in J. L. Weinberger (ur.), *The art and science of psychotherapy* (str. 103-129). New York: Routledge.
- Weisz, J. R., Jenson-Doss, A. in Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. *American Psychologist*, 61, 671-689.
- Weisz, J. R., Weiss, B. in Donenberg, G. R. (1993). The lab vs. the clinic: effects of child and adolescent psychotherapy. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 47, 441-458.
- Wierzbicki, M. in Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S. in Bryson, S. W. (2011). Allegiance Bias and Therapist Effects: Results of a Randomized Controlled Trial of Binge Eating Disorder. *Clin Psychol*, 18(2), 119-125. Pridobljeno s: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4118818/pdf/nihms282519.pdf>
- Wolfe, B. L. in Meyers, R. J. (1999). Cost-Effective Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. 6(2), 105-109.
- Quinn, W., Dotson, D. in Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7(4), 429-438.

- Yalom, I. (2017). *Darilo terapije: odprto pismo novi generaciji terapevtov in njihovim klientom*. Ljubljana: UMco.
- Žvelc, M. (2011). Kaj je psihoterapija? V M. Žvelc, M. Možina, in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 1-9). Ljubljana: IPISA.