

Špela Verbnik in Miran Možina¹

Skupni dejavniki v partnerski in družinski psihoterapiji

Common factors in couple and family therapy

*Vsaka paradigma bo bolj ali manj izpolnjevala merila,
ki jih narekuje sama sebi, ne pa tistih, ki jih narekuje nasprotna.*
Thomas Kuhn (2012: 318)

Povzetek

Teorija skupnih dejavnikov temelji na izsledkih raziskav, da k učinkovitosti psihoterapije prispevajo predvsem značilnosti, ki so skupne vsem psihoterapevtskim pristopom, kar velja tudi za partnersko in družinsko psihoterapijo (PDP). Potem ko opiševa razloge za relativno prezrtost teorije skupnih dejavnikov v zgodovinskem razvoju PDP, prikaževa širše in ožje konceptualizacije skupnih dejavnikov v PDP ter opiševa skupne dejavnike, ki so v primerjavi z individualno terapijo za PDP edinstveni. Ob navedbi glavnih kritik na račun teorije skupnih dejavnikov na področju PDP hkrati opozoriva, na katerih točkah je ta kritika neutemeljena. Zavzemava se za preseganje polarizacije med zagovorniki specifičnih in skupnih dejavnikov, saj kontekstualni model, ki je nastal na podlagi teorije skupnih dejavnikov, vključuje tudi specifične dejavnike. Potem ko opiševa pomen teorije skupnih dejavnikov za izobraževanje iz psihoterapije nasploh in iz PDP, zaključiva s ključnimi vodili za partnerske in družinske terapevte, ki izhajajo iz teorije skupnih dejavnikov.

Ključne besede: partnerska in družinska psihoterapija, skupni dejavniki, specifični dejavniki, terapevtska sprememba, klientovi dejavniki, terapevtovi dejavniki, terapevtski odnos, terapevtski proces in izid, povratno informirana obravnava

Abstract

The common factors theory is based on the findings of studies claiming that characteristics common to all psychotherapeutic approaches account for most

¹ Špela Verbnik, mag. psihologije, specializantka sistemske psihoterapije na SFU Ljubljana, spela.verbnik@gmail.com
Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, SFU Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

of the effectiveness of psychotherapy, which also applies to couple and family therapy (CFT). After describing the reasons for the relative neglect of common factors theory in the historical development of CFT, we present broad and narrow conceptualisations of common factors in CFT, and describe common factors that are unique to CFT compared with individual therapy. Citing the main criticisms of common factors theory in the field of CFT, we identify those elements of the criticism that are unfounded. We strive to overcome the polarisation between the advocates of specific and common factors, since the contextual model that was created on the basis of the common factors theory also includes specific factors. After describing the importance of common factors theory for education in psychotherapy in general as well as in CFT, we conclude with key guidelines for CF therapists based on common factors theory.

Key words: couple and family therapy, common factors, specific factors, therapeutic change, client factors, therapist factors, therapeutic relationship, therapeutic process and outcome, feedback informed treatment

Extended abstract

1.

Introduction

Couple and family therapy (CFT) is empirically supported and effective for general as well as specific problems (Shadish & Baldwin, 2002). Despite the proven effectiveness and efficiency, we do not know *how* CFT works. To answer this question, many authors seek specific mechanisms and processes of therapeutic change (e.g., Pinsof & Wynne, 2000; Shadish & Baldwin, 2002; Sexton et al., 2003; Davis, Lebow & Sprenkle, 2012).

In their review article on the twenty-year history of CFT research, D'Aniello and Fife (2020) note that most research on the effectiveness of CFT emphasizes the importance of therapeutic models and specific techniques, the so-called "model-driven paradigm" (Davis et al., 2012). This assumes that the factors most important for the effectiveness of psychotherapy are "specific factors", which refer to therapeutic techniques and interventions typical for a particular psychotherapeutic approach, which also applies to the field of CFT.

On the other hand, the "common factors paradigm" (D'Aniello & Fife, 2020) explains the effectiveness of psychotherapy not only as a consequence of following specific psychotherapeutic theories and practical models but connects it with characteristics called "common factors", which are common

to all psychotherapeutic approaches (see also Imel & Wampold, 2008). It is important to emphasize that the theory of common factors does not exclude specific factors. The latter are understood as a means of enabling common factors to take effect (Sprenkle & Blow, 2004a). As Sprenkle and Blow (2004b: 151) illustrated: "Common factors are not islands - they work through models".

These two paradigms extend to the field of CFT, for which, according to Sexton, Ridley and Kleiner (2004), a time of decision has come with important consequences for further development of theories, research, practice, and education.

In this paper, we provide an overview of what is known about common factors in CFT and show that common factors theory involves specific factors. We agree with many authors (e.g. Duncan et al., 2010; Norcross & Lambert, 2018, 2019; Norcross & Wampold, 2018, 2019) who believe that the theory of common factors and the "contextual model" based on it (Wampold & Imel, 2015) represent a qualitative new level of synthesis of scientific findings that can significantly help answer the question of *how* psychotherapy works. The empirically supported contextual model is increasingly gaining ground in psychotherapy and other conversational forms of help as more appropriate than the medical model on which Empirically Supported Treatments (EST) and Evidence Based Practices (EBP) are based.

2.

About Common Factors

Based on the findings that no psychotherapeutic approach is generally better than any other (e.g., Duncan et al., 2010; Wampold & Imel, 2015), and this includes CFT (e.g., Shadish et al., 1993; Shadish et al., 1995; Shadish & Baldwin, 2002), we can conclude that different approaches may not be as different as they seem at first glance (Chatoor & Kurpnick, 2001; Imel & Wampold, 2008; Wampold, 200; Lambert, 1992), because they are linked by common factors (Grencavage & Norcross, 1990; McAleavey & Castonguay, 2015).

In the literature, there are both broader and narrower definitions of common factors. They relate more narrowly to those aspects of psychotherapy found in different psychotherapeutic approaches, sometimes appearing under different names (D'Aniello & Fife, 2020). Lambert (1992) describes them in the sense of non-specific or common aspects of theoretical models (e.g. changing the meanings of client's concepts is called reframing in systemic approaches, and externalization in narrative approaches).

On the other hand, broader definitions of common factors refer to general factors of treatment including therapist and client factors, therapeutic

relationship and expectations (D'Aniello & Fife, 2020). Psychotherapy is an interactional process, therefore the differences between these variables are artificial. It is difficult, for example, to distinguish between the effect of the treatment itself and the effect of the therapist's confidence in the treatment or the client's assessment of its credibility or the client's attitude towards the therapist (Sprenkle & Blow, 2004a). Many other common factors are also associated with the therapeutic relationship, as they overlap and/or complement each other (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Duncan et al., 2010; Elkins, 2016; Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2019).

3. Exploring Common Factors in CFT

Both historically as well as today, relatively little attention has been paid to the study of common factors in CFT (D'Aniello & Fife, 2020; Sprenkle & Blow, 2004a; Sprenkle et al., 2009). Sprenkle and Blow (2004a) state that throughout the history of family therapy, especially in the first three decades (from about 1950 to 1980), there were several reasons why the differences were highlighted rather than the common characteristics. Wetchler and Hecker (2014) point out that family therapy began to be developed by charismatic therapists, who were against the established principles and ways of working in the field of mental health and the prevailing psychoanalytic approach from that time (McGeorge, Carlson & Wetchler, 2015). Nichols and Schwartz (2001) explain that due to competitive pressure, different authors tried to prove the *differences* between models and thus the effectiveness of *their* model. Hence, they overlooked and underestimated the findings of other approaches, limiting their impact and applicability. Sprenkle and Blow (2004a) suggest that given the great effort that therapists put into developing their approach, it would have been difficult to admit that it may not be the best. The authors speculate that one of the reasons for ignoring common factors may also be that they are not as exciting as the latest approaches of charismatic therapists.

A major shift occurred in 1999 when Sprenkle and colleagues presented the theory of common factors in the field of CFT in a chapter of *Heart and Soul of Change* (Hubble et al., 1999). Two decades later, a lot of theoretical discussion of common factors is available, but empirical research remains relatively modest (D'Aniello & Fife, 2020).

4. What Common Factors Are Important for CFT?

Almost everything that is written about common factors in individual therapy also applies to CFT and vice versa – understanding common factors in CFT can also be useful for working with individuals, as more similarities than differences can be found in individual psychotherapy and CFT (Sprenkle, Davis & Lebow, 2009). We collected three descriptions of common factors in CFT as more broadly conceptualized by Sparks and Duncan (2010) and more narrowly by Karasu (1986). The third description, however, covers common factors that have been developed by Sprenkle and colleagues (Sprenkle et al., 2009; Sprenkle & Blow, 2004a), and are, compared to individual therapy, unique to CFT.

4.1. Broader Conceptualisation of Common Factors and CFT

A broader conceptualisation of common factors is summarized according to Sparks and Duncan (2010), as having five factors: client and therapist factors, therapeutic working relationship, model/technique (general and specific effects), and feedback.

4.1.1. Client Factors and CFT

Duncan and Miller (2000) state that probably one of the main contributions of common factor theory is the emphasis on the client as the main “hero” of the therapy, rather than on the model or therapist. Research shows that client factors are the ones that contribute the most to the outcome of therapy, which include the client's resources and everything that happens in the client's life during the treatment (Miller et al., 1997). Helmeke and Sprenkle (2000) point out that clients in couple therapy also largely reconstruct therapeutic interventions for their own purposes and in this way individualise them. Hampson and Beavers (1996) further establish that more functional families had better treatment outcomes compared to less functional families, with a higher number of sessions associated with a more positive treatment outcome. However, Bischoff and Sprenkle (1993) emphasize that of the demographic variables, similarly to individual therapy, socio-economic status is most consistently associated with premature CFT discontinuation.

4.1.2. Therapist Factors and CFT

Despite an extensive list of effective CFT interventions, little is known about the skills, personality, education, and other relevant variables of CF therapists (Blow & Karam, 2017; Blow, Sprenkle & Davis, 2007; Blow, Davis & Sprenkle, 2012). Blow and Karam (2017) believe that the therapist's role and characteristics in working with complex systems, such as the family, are even more important than in individual psychotherapy. For example, CF therapists need to be more directive

and assertive when working with dysfunctional patterns, and need to be able to manage a lot of simultaneous information, and remain flexible.

4.1.3. **Therapeutic Working Relationship and CFT**

Pinsof and Catherall (1986) were the first to give a formal definition of a therapeutic working relationship or alliance in CFT. They defined it as “that aspect of the relationship between the therapist system and the patient system that pertains to their capacity to mutually invest in, and collaborate on, the therapy.” (p. 139). Research consistently shows that the therapeutic alliance is the most important common factor that significantly influences the outcome of therapy in all CFT approaches.

4.1.4. **Model/Technique (General and Specific Effects) and CFT**

Specific effects refer to different methods and techniques that contribute only 1% of the total variance to effective psychotherapy. Much more important are the general effects of models and techniques. Within them, the therapist offers an explanation of the client's problems and suggests models, concrete methods and techniques for solving them. What they all have in common is that they can be understood as healing rituals that address and increase the expectations, motivation, trust, and faith of the client system, thus acting as a placebo (Duncan, 2016).

Sprenkle et al. (2009) add that the use of therapeutic interventions in CFT makes sense when they increase the clients' participation in therapy. Therapeutic techniques often strengthen the therapeutic working relationship, indicating a circular connection and overlap of common factors. In addition, models and techniques provide a treatment structure and increase the therapist's and client's focus on therapeutic change (Duncan, 2016). Johnson and Talitman (1997), for example, found that the more relevant and targeted the interventions in couple therapy, the better the outcome of the therapy.

4.1.5. **Feedback and CFT**

Sparks and Duncan (2010) state that the systematic use of feedback significantly increases the possibilities for adapting therapy to the individual. Research findings on the impact of feedback on CFT are mixed. Ogles et al. (2006) for instance found that there were no differences in the effect of therapy and family functioning between those who participated in the feedback and those who did not.

More encouraging are the findings of a study conducted by Anker, Duncan and Sparks (2009), who were the first to investigate feedback in couple psychotherapy. They found that couples who systematically provided feedback achieved significantly better improvement and had a significantly lower rate of separation compared to those couples who did not participate in feedback. The mechanisms that lead to changes in feedback- informed treatment are not (yet) known.

4.2. **Narrow Conceptualisation of Common Factors and CFT**

A narrow conceptualisation of common factors consists of three categories as defined by Karasu (1986), since, in his view, most approaches seek to achieve therapeutic cognitive, behavioural and emotional change using a variety of techniques.

4.2.1. **Cognitive Mastery (Changing the Viewing)**

Cognitive mastery means that therapists facilitate clients gaining new perspectives (new meanings) about interactional processes within themselves and the family, between the family and other systems, and across generations (Sprenkle et al., 1999). Therapists help with changing the viewing by offering reframes, interpretations, practical information, explanations, or justifications. An example of this in CFT is externalisation (Fraser, 2003) and developing an empowering alternative story within narrative therapy (White & Epston, 1990).

4.2.2. **Behavioural Regulation (Changing the Doing)**

Behavioural regulation refers to learning and changing behavioural responses and to controlling and managing actions and habits (Karasu, 1986). This happens, for example, when the therapists facilitate clients in changing interactional patterns or dysfunctional sequences, setting boundaries, learning new skills, and encouraging clients to support each other, learning to empower themselves and others (Sprenkle & Blow, 2004a) and exploring small exceptions in situations that are saturated with difficulties and help use the resources of the client system (Fraser, 2003). Examples of this in CFT are, for example, disrupting dysfunctional behavioural sequences within strategic therapy (Haley, 1987) or marking boundaries within structural therapy (Minuchin, 1974).

4.2.3. **Emotional Regulation Affective Experiencing**

This category encompasses the emotional preparation of the client system for new cognitive input. We talk about emotional regulation, for example, when a therapist helps clients regulate or experience emotions and create an emotional bond with themselves, the therapist, and (most importantly) with other people (Sprenkle & Blow, 2004a). Examples include helping couples to express the primary emotions underlying angry/defensive exchanges within emotion focused therapy (Johnson, 1996), and accessing wounded parts within internal family systems (Schwartz, 1995).

4.3. **Common Factors Unique to CFT**

In this chapter, we describe four common factors that are unique to CFT as formulated by Sprenkle and colleagues. (Sprenkle et al., 2009; Sprenkle & Blow, 2004a).

4.3.1. **Conceptualisation of Problems with Relational Conceptualisation**

Relational understanding is based on the fact that the therapy with part of the system takes into account the whole system (Stanton & Welsh, 2012), which is contrary to the position of DSM, which places mental disorders in a person and especially in their nervous system (Sprenkle et al., 2009).

4.3.2. **The Expanded Direct Treatment System**

This category refers to the CFT feature, where cooperation with as many members of the relationship system as possible is desirable. Even if working with an individual, the CF therapist will try to place the client's situation in a broader relational system, assuming that the symptoms are best understood in the context of the client's interaction with the micro (e.g. family), meso (e.g. work environment, friendly network) and macro (major cultural and socio-political) systems.

4.3.3. **Interruption of Dysfunctional Relational Patterns**

Throughout history, CF therapists have almost always seen the disruption of dysfunctional or pathological patterns as crucial (Sprenkle et al., 2009). For example, partners who cite several relationship problems (e.g., sexual problems, disagreements about raising children) may be convinced that they show up due to differing opinions (i.e., disagreements on a substantive level), whereas in fact they are an excessively symmetrical (competitive) relational pattern (Bateson, 2019).

4.3.4. **The Expanded Therapeutic Alliance**

When more than one person is included in the treatment system, the extended therapeutic working relationship is also a common factor unique to CFT. The systemic guideline that "the whole is more than just the sum of its individual parts" appropriately portrays CFT as a complex process in which the therapist must simultaneously consider the needs of multiple individuals and interactions between them (Robbins et al., 2003). In addition, each family member observes (and compares) the therapist's relationship with other family members (Heatherington & Friedlander, 1990).

5. **Critique of the theory of common factors in the field of CFT**

Sexton and others (2004) state that the theory of common factors oversimplifies the therapeutic process by overlooking the complexity of CFT and therapeutic change, as well as the diversity of clients and the circumstances in which therapeutic treatment takes place. In addition, Sexton and colleagues argue that the similar effectiveness of different approaches shown by meta-analyses is not

sufficient evidence for common factors. These meta-analyses are supposed to reflect the quality of individual research, in which they found significant shortcomings. Consequently, from these meta-analyses, it could not be concluded that there is a lack of differences in effectiveness among the different approaches. A close examination of the research suggests that some models may be more effective than others, especially in addressing specific clinical problems.

They further emphasize that the successful outcome of therapy is directly related to the degree to which therapists adhere to proven effective models. They point out that if the therapist's effects improve if they adhere to the models more, we can conclude that for achieving these results, specific rather than common factors are responsible (Sexton & Ridley, 2004; Sexton et al., 2004).

Next, Sexton and others (2004) state that the theory of common factors does not contribute to reducing the gap between research and clinical practice. In addition, the theory of common factors does not explain the complexity of change or the process through which change occurs. For example, hope and expectation as common factors probably contribute to change in some way, but we do not know their basic mechanisms of therapeutic change or the therapeutic actions they promote. Accordingly, the authors believe that, if it wants to be effective, the theory of common factors should show therapists how to help clients and provide them with the guidelines necessary for treatment.

Sprenkle and Blow (2004b), on the other hand, point out that Sexton and colleagues (2004) approach common factors from an either-or position, while they themselves see the main purpose of common factor theory in highlighting the fundamental mechanisms of change shared by different CFT approaches, where "models are the vehicles through which the common as well as specific factors operate" (p. 151).

6. **The role of common factor theory in CFT education**

If we take the theory of common factors seriously, this must also affect the education in CFT. Karam and colleagues (2015) state that focusing just on the empirically supported approaches may limit the theoretical flexibility and the ability for critical thinking of educators and not help in developing the individual's own integration. Also, learning models alone does not lead to better results; the effectiveness of approaches is conditioned by the skills and competencies of the educators.

The integration of the theory of common factors into education creates a sense of connection between different contents, which may seem separated at first glance. It provides a framework for connecting different

information. In addition, it provides a good basis for learning basic therapeutic skills, as therapists with good therapeutic skills are better equipped to activate common factors in their sessions and have greater respect and awareness for client factors (D'Aniello & Perkins, 2016).

7. **Guidelines for couple and family therapists based on common factors theory**

To follow the guidelines cited here, it is important to know the basic literature on common factors, both in general (e.g., Lambert, 1992; Laska, Gurman & Wampold, 2014; Wampold & Imel, 2015) & in the field of CFT (Sprenkle et al., 2009; Sprenkle and Blow, 2004ab). The following are six basic principles or guidelines that Davis and Hsieh (2019) define as key for common factor informed family therapists:

1. *Sees overlap among theories.* The overlap refers to the recognition that there are several theories and interventions with which we can achieve the same therapeutic goal and that we can adapt the therapeutic treatment to individual couples, families or client systems (see also Možina, 2020cd; Možina & Barnes, 2020).
2. *Passionate about theory, not a theory.* With knowledge of only one model, it is unlikely that the therapist will be able to adapt it appropriately to the needs, goals, and values of clients (Karam et al., 2015; Sprenkle et al., 2009).
3. *Client centred.* Regardless of the chosen therapeutic approach common factors informed therapists work in a way that is consistent with the client's views and culture, and with the help of feedback they adjust the treatment.
4. *Monitors hope and the therapeutic alliance.* Common factors informed therapists monitor the therapeutic working relationship.
5. *Views clients as people rather than objects.* Interventions and techniques provide a path to shifts and changes when they make sense to clients, which is easier when family members know that the therapist understands them and cares. Common factors informed therapists regularly monitor their relationship with their clients and adjust it every time they find themselves beginning to look at clients as objects.
6. *Prioritizes healing over therapy.* Common factors informed therapists remain humble about their role in their clients' lives, recognising that therapy is only one component of a person's lifelong healing and personal growth. At the same time, they encourage families to identify and use different sources.

8. **Conclusion**

In this article, we have shown the importance of common factors for CFT in a way that overcomes the split between the two theories with a balanced view of the technical and contextual view of psychotherapy. Each model, as Sprenkle and Blow (2004a) point out, acts as a magnifying glass that illuminates and emphasises certain aspects of the treatment. However, the theory of common factors points out that for the effective and successful use of therapeutic techniques specific to a particular psychotherapeutic approach, in addition to the therapist's expertise and competencies, what is also important are the therapeutic attitude, expectations and other common factors.

Uvod

V okviru tematskega sklopa, ki je v tej številki Kairosa posvečen Dodu, je namen tega članka prikazati njegov vpliv na področju partnerske in družinske psihoterapije (v nadaljevanju PDP) s pomočjo pregleda, kaj je znanega o skupnih dejavnikih v PDP. Potem ko je bil v zgodovinskem razvoju PDP relativno prezrt, se je v zadnjih dvajsetih letih vse bolj uveljavil (glej sliko 1).

Slika 1

Potem ko je bil Dodo na področju partnerske in družinske terapije dolgo prezrt, je njegov vpliv v zadnjih dvajsetih letih vse bolj prepoznaven.



PDP je učinkovita in uspešna. Shadish in Baldwin (2002) sta po pregledu 20 metaanaliz, ki so preučevale partnerske in družinske intervencije, ugotovila, da je povprečna velikost učinka za partnersko terapijo 0,84 (največji možni učinek je 1), za družinsko pa 0,58, pri čemer so razlike v učinkovitosti različnih PDP pristopov majhne (glej tudi Shadish, Ragsdale, Glaser in Montgomery, 1995; Shadish in dr., 1993). PDP je empirično podprta ter učinkovita za splošne in številne specifične težave, na primer za depresije (Dessaulles, Johnson in Denton, 2003; Cottrell, 2003), tesnobe (Bögels in Siqueland, 2006), panične motnje (Byrne, Carr in Clark, 2004), zasvojenosti od drog (Liddle in dr., 2001) in alkohola (O'Farrell in Fals-Stewart, 2003), obsesivno kompulzivne motnje (Renshaw, Steketee in Chambless, 2005) in druge duševne motnje (glej npr. Carr, 2009ab).

Kljub dokazani učinkovitosti in uspešnosti pa ne vemo, *kako* PDP deluje. Da bi odgovorili na to vprašanje, mnogi avtorji iščejo specifične mehanizme in procese terapevtske spremembe (npr. Pinsof in Wynne, 2000; Shadish in Baldwin, 2002; Sexton, Robbins, Hollimon, Mease in Mayorga, 2003; Davis, Lebow in Sprenkle, 2012). Vedenjska družinska terapija, ki sloni na teoriji

učenja, je na primer družinske člane sprva obravnavala kot vir dražljajev in odgovorov [angl. stimulus and response], tako da vedenje vsakega družinskega člana vpliva na vedenje vseh drugih. Odklonilne vedenjske vzorce pri otrocih so tako razumeli kot posledico vedenja drugih družinskih članov. Terapevtska obravnava zato temelji na učenju bolj želenega vedenja staršev in njihovega zelo specifičnega odzivanja (Falloon, 2014).

D'Aniello in Fife (2020) v svojem preglednem članku o dvajsetletni zgodovini raziskovanja PDP ugotavljata, da večina raziskav o učinkovitosti PDP poudarja pomembnost terapevtskih modelov in specifičnih tehnik, to je t. i. "paradigmo, ki temelji na modelu" [angl. model-driven paradigm] (Davis in dr., 2012). Ta predpostavlja, da so za učinkovitost psihoterapije najpomembnejši t. i. "specifični dejavniki", ki se nanašajo na terapevtske tehnike in intervencije značilne za določen psihoterapevtski pristop, kar velja tudi za področje PDP.

Na drugi strani pa t. i. "paradigma skupnih dejavnikov" (D'Aniello in Fife, 2020) učinkovitosti psihoterapije ne razlaga le kot posledice sledenja specifičnim psihoterapevtskim teorijam in praktičnim modelom, temveč jo povezuje z značilnostmi, ki so skupne vsem psihoterapevtskim pristopom, imenovane "skupni dejavniki" [angl. common factors] (glej tudi Imel in Wampold, 2008). Pomembno je poudariti, da teorija skupnih dejavnikov ne izključuje specifičnih dejavnikov. Slednje razume kot sredstva, ki skupnim dejavnikom omogočajo učinkovanje (Sprenkle in Blow, 2004a). "Skupni dejavniki niso otoki - delujejo preko modelov," poudarjata Sprenkle in Blow (2004b: 151). Posledično naj bi skupne dejavnike razumeli v kontekstu specifičnih modelov, kar pomeni, da pristop ali-ali ni ustrezen, saj gre za kompleksno interakcijo delovanja skupnih dejavnikov preko specifičnih modelov (Sprenkle in Blow, 2004ab).

Ti dve paradigmi segata tudi na področje PDP, za katero je, kot navajajo Sexton, Ridley in Kleiner (2004), prišel čas odločitve s pomembnimi posledicami za nadaljnji razvoj teorij, raziskav, prakse in izobraževanja. Nekateri avtorji (npr. Duncan, Miller, Wampold in Hubble, 2010; Wampold in Imel, 2015; Norcross in Lambert, 2018, 2019; Norcross in Wampold, 2018, 2019) namreč predlagajo, da namesto nadaljnjih poskusov dokazovanja, da lahko določen pristop zaradi specifičnih dejavnikov zasenči drugega (kar bi sistemski psihoterapevti imenovali strategijo "več istega", glej Watzlawick, 1994), bi ravno skupni dejavniki lahko omogočili novo smer razvoja PDP. Drugi avtorji (npr. Sexton in dr., 2004; Sexton in Ridley, 2004) pa temu nasprotujejo, saj dvomijo, da obstaja dovolj dokazov, da bi lahko teorija skupnih dejavnikov predstavljala konceptualni temelj PDP.

V tem članku podajava pregled tega, kar je znano o skupnih dejavnikih v PDP in pokaževa, da teorija skupnih dejavnikov vključuje specifične dejavnike. Soglašava

s številnimi avtorji (npr. Duncan in dr., 2010; Norcross in Lambert, 2018, 2019; Norcross in Wampold, 2018, 2019), ki menijo, da teorija skupnih dejavnikov in na njej temelječi "kontekstualni model" (Wampold in Imel, 2015) predstavljata kvalitativno novo raven sinteze znanstvenih izsledkov, ki lahko bistveno pripomore k odgovorjanju na vprašanje, *kako* psihoterapija deluje. Empirično podprti kontekstualni model se na področju psihoterapije in drugih pogovornih oblik pomoči vse bolj uveljavlja kot ustreznejši od medicinskega modela, na katerem temeljijo empirično podprte terapije (angl. Empirically Supported Treatments = EST) in na izsledkih temelječe prakse (angl. Evidence Based Practices = EBP).

2. O skupnih dejavnikih

Na podlagi izsledkov, da noben psihoterapevtski pristop ni na splošno boljši od drugih (npr. Duncan in dr., 2010; Wampold in Imel, 2015), kar velja tudi za PDP (npr. Shadish in dr., 1993; Shadish in dr., 1995; Shadish in Baldwin, 2002), lahko sklepamo, da si različni pristopi morda le niso tako zelo različni, kot se zdi na prvi pogled (Chatoor in Kurpnick, 2001; Imel in Wampold, 2008; Wampold, 2001; Lambert, 1992), saj jih povezujejo skupni dejavniki (Grencavage in Norcross, 1990; McAleavey in Castonguay, 2015).

V literaturi zasledimo širše ali ožje definicije skupnih dejavnikov. Ožje se nanašajo na tiste vidike psihoterapije, ki jih najdemo v različnih psihoterapevtskih pristopih, poimenovane z različnimi imeni (D'Aniello in Fife, 2020). Lambert (1992) jih opisuje v smislu nespecifičnih oziroma skupnih vidikov teoretičnih modelov (npr. spreminjanje pomenov klientovih konceptov se v sistemskem pristopu imenuje preokvirjanje, v narativnih pristopih eksternalizacija). Na drugi strani pa se širše opredelitve skupnih dejavnikov nanašajo na splošne dejavnike obravnave: terapevtove in klientove dejavnike, terapevtski odnos, pričakovanja idr. (D'Aniello in Fife, 2020). Ker je psihoterapija interakcijski proces, so razlike med temi spremenljivkami umetne. Zahtevno je npr. ločiti med učinkom obravnave same po sebi in učinkom, ki ga ima terapevtovo zaupanje v obravnavo ali klientova ocena njene verodostojnosti ali klientova naravnost do terapevta (Sprenkle in Blow, 2004a). Tudi s terapevtskim odnosom so povezani mnogi drugi skupni dejavniki, saj se le-ti med seboj prekrivajo in/ali dopolnjujejo (Crits-Christoph in Mintz, 1991; Duncan in dr., 2010; Elkins, 2016; Norcross in Lambert, 2018; Norcross in Wampold, 2019).

Fife, Whiting, Bradford in Davis (2014) poudarjajo, da učinkovita uporaba terapevtskih veščin in tehnik temelji na kakovostnem terapevtskem delovnem odnosu, ta pa je pogojen s terapevtovim načinom bivanja [angl. therapist's way of being]. S pomočjo hierarhične porazdelitve dejavnikov, ki jo ponazarjajo

v obliki terapevtske piramide (glej sliko 2), avtorji poudarjajo, naj terapevti v primeru neučinkovite psihoterapije, namesto spreminjanja terapevtskih modelov in tehnik, najprej ocenijo kakovost terapevtskega delovnega odnosa in razmislijo, ali bi jo lahko okrepili. Nato naj preučijo svoj način bivanja tako do klientov na splošno kot tudi v določenih trenutkih med terapevtskimi seansami.

Slika 2

Terapevtska piramida (po Fife in dr., 2014)



Wampold (2015) nadalje meni, da je terapevtski odnos v veliki meri povezan s klientovimi dejavniki, saj nekateri klienti na terapijo prihajajo že pripravljene na grajenje kakovostnega delovnega odnosa in imajo zato boljšo prognozo. Osvežitve tega vidika je pomembna tudi zato, ker lahko klientova ocena terapevtskega delovnega odnosa temelji na drugih spremenljivkah, kot so npr. razne spremembe v klientovem življenju. Nadalje Sprenkle, Davis in Lebow (2009) opozarjajo, da v kolikor terapija poteka dobro, klienti v večji meri poročajo o boljšem delovnem odnosu. Ti izsledki kažejo, da se skupni dejavniki med seboj prekrivajo, saj so dinamični, povezani in soodvisni.

3.

Raziskovanje skupnih dejavnikov v PDP

Ideja o skupnih dejavnikih ni nova, saj se je prvič pojavila leta 1936, ko je Saul Rosenzweig predlagal nekatere skupne značilnosti učinkovitih psihoterapevtskih pristopov (za podrobnejši pregled zgodovine skupnih dejavnikov glej Možina, 2020a). Tako je bila teorija skupnih dejavnikov sprva predstavljena v kontekstu individualne terapije. Raziskovanju skupnih dejavnikov v PDP pa je še danes namenjeno relativno malo pozornosti

(D'Aniello in Fife, 2020; Sprenkle in Blow, 2004a; Sprenkle in dr., 2009). Sprenkle in Blow (2004a) navajata, da se je skozi zgodovino družinske terapije, zlasti v prvih treh desetletjih (od okoli 1950 do 1980), nabralo več razlogov za poudarjanje razlik namesto skupnih značilnosti. Wetchler in Hecker (2014) poudarjata, da so družinsko terapijo začeli razvijati karizmatični terapevti, ki so kljubovali utečenim načelom in načinom dela na področju duševnega zdravja ter takrat prevladujočemu psihoanalitičnemu pristopu (McGeorge, Carlson in Wetchler, 2015). Nichols in Schwartz (2001) pojasnjujeta, da so zaradi konkurenčnega pritiska različni avtorji poskušali dokazati *razlike* med modeli in s tem učinkovitost svojega modela. Tako so prezrli in podcenjevali ugotovitve drugih pristopov, omejili njihov vpliv in uporabnost. Sprenkle in Blow (2004a) predvidevata, da so glede na velik napor, ki so ga terapevti vložili v razvijanje svojega pristopa, težko priznali, da morda ni (naj)boljši. Avtorja ugibata, da bi eden od razlogov za ignoriranje skupnih dejavnikov lahko bil tudi ta, da niso tako vznemirljivi kot najnovejši pristopi karizmatičnih terapevtov. Potrošniška miselnost, ki stalno hlasta po novih modnih izdelkih, ni prizanesla niti psihoterapevtski srenji. Nadalje navajata, da lahko področje, ki ceni inovacije, pritegne ljudi, ki verjamejo, da je to, kar počnejo, edinstveno in da v zgodovini česa podobnega ni bilo. Poleg tega so terapevti na področju PDP iskali rešitve za zahtevne klinične primere, kar je prispevalo k prepričanju, da so bili hevristični modeli in metode, ki so bili zasnovani za obravnavo teh primerov, ključnega pomena za uspešen izid.

Tudi terapevtskemu delovnemu odnosu, najbolj proučevanemu skupnemu dejavniku (Horvath, 2001), je bilo na področju PDP namenjeno zelo malo teoretične in raziskovalne pozornosti² (Rait, 2000). Symonds in Horvath (2004) z dvema tesno povezanim argumentoma pojasnjujeta možne razloge za to:

- skopa literatura s področja PDP ni, tako kot v individualni terapiji, ponudila skladnih rezultatov o povezavi med terapevtskim delovnim odnosom in izidom terapije;
- terapevtski odnos v terapiji z več klienti je kompleksnejši kot v individualni terapiji, s čimer soglašajo tudi drugi avtorji (npr. Davis in dr., 2012; Friedlander in dr., 2006; Rait, 2000; Rus Makovec, 2004), saj na primer vključuje delovne odnose z vsakim članom družine posebej, z različnimi družinskimi podsistemi (npr. par ali sorojenci) in hkrati družino kot celoto. Posledično je terapevtski delovni odnos v PDP težje razumljiv (Knobloch-Fedders, Pinosof in Mann, 2004, 2007).

2 Prva monografija o terapevtskem odnosu v sistemske terapiji je bila objavljena šele leta 1996 (Flaskas in Perlesz, 1996).

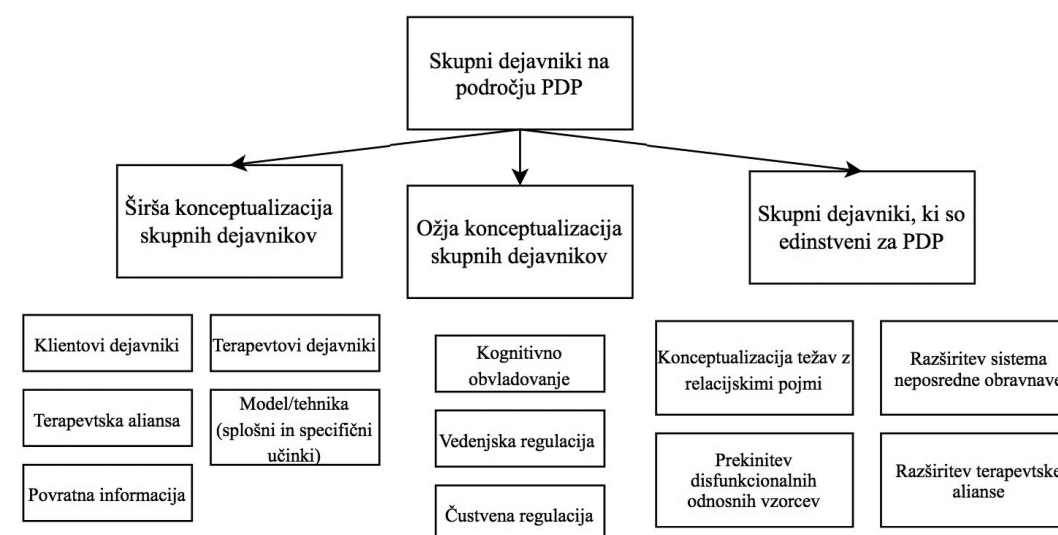
Velik premik se je zgodil leta 1999, ko so v poglavju knjige *Srce in duša spremembe* (Hubble in dr., 1999) teorijo skupnih dejavnikov na področju PDP predstavili Sprenkle in sodelavci. Čeprav njihove ugotovitve slonijo le na teoretičnih argumentih, je to delo pomembno vplivalo na nadaljnje raziskovanje skupnih dejavnikov v PDP. Dve desetletji po tem je na voljo veliko teoretičnih razprav o skupnih dejavnikih, empirično raziskovanje pa ostaja relativno skromno (D'Aniello in Fife, 2020). Sexton in kolegi (2004) pa vseeno ugotavljajo, da je raziskovanje skupnih dejavnikov v PDP danes v porastu, ker je intuitivno privlačno, pojasnjuje različne teoretične in empirične ugotovitve ter ima potencial, da z določitvijo skupnih točk poveže področje PDP.

4. Kateri skupni dejavniki so pomembni za PDP?

Skoraj vse, kar je napisano o skupnih dejavnikih v individualni terapiji, velja tudi za PDP in obratno - razumevanje skupnih dejavnikov v PDP je lahko uporabno tudi za delo s posamezniki, saj sta si individualna psihoterapija in PDP bolj podobni kot različni (Sprenkle, Davis in Lebow, 2009). Na sliki 3 sva zbrala tri opise skupnih dejavnikov v PDP, kot sta jih širše konceptualizirala Sparks in Duncan (2010) in ožje Karasu (1986). Tretji opis pa zajema skupne dejavnike, kot so jih oblikovali Sprenkle in kolegi (Sprenkle in dr., 2009; Sprenkle in Blow, 2004a), ki so v primerjavi z individualno terapijo za PDP edinstveni.

Slika 3

Razdelitev skupnih dejavnikov na področju PDP



4.1. Širša konceptualizacija skupnih dejavnikov in PDP

Širšo konceptualizacijo skupnih dejavnikov povzemava po Sparksu in Duncanu (2010), ki navajata pet dejavnikov: klientove in terapevtove dejavniki, terapevtski delovni odnos, model/tehniko (splošne in specifične učinke) ter povratno informacijo. Avtorja poudarjata, da so ti dejavniki med seboj prekrivajoči, krožno povezani in soodvisni. V nadaljevanju podajava, kaj je v zvezi s temi dejavniki raziskanega v PDP.

4.1.1. Klientovi dejavniki in PDP

Duncan in Miller (2000) pravita, da je verjetno eden glavnih prispevkov teorije skupnih dejavnikov poudarek na klientu kot glavnemu "junaku" terapije, ne pa na modelu ali terapevtu. Raziskave namreč kažejo, da so klientovi dejavniki tisti, ki največ doprinesejo k izidu terapije, kar vključuje klientove vire ter vse, kar se v času obravnave dogaja v klientovem življenju (Miller in dr., 1997). Helmeke in Sprenkle (2000) poudarjata, da tudi klienti v partnerski terapiji v veliki meri rekonstruirajo terapevtske intervencije za lastne namene ter jih na ta način individualizirajo. Hampson in Beavers (1996) nadalje ugotavljata, da imajo bolj funkcionalne družine v primerjavi z manj funkcionalnimi družinami boljši izid terapije, pri čemer je bilo večje število seans povezano s pozitivnejšim izidom terapije. Družine, ki so imele štiri ali več seans, so dosegle 93,8-odstotno izboljšanje. Po drugi strani pa etnična pripadnost družine in višina njihovega dohodka nista neposredno povezani z izidom terapije. Z izidom terapije prav tako ni povezana struktura družine, npr. enostarševske družine imajo enako dobre rezultate kot tradicionalne dvostarševske družine. Bischoff in Sprenkle (1993) pa poudarjata, da je od demografskih spremenljivk, podobno kot v individualni terapiji, socioekonomski status najbolj konsistentno povezan s prezgodnjo prekinitvijo PDP.

Raziskovanje klientovih dejavnikov je pomembno tudi zato, da lahko izberemo terapevtski model ali tehnike, ki bi bile za določene kliente (bolj) primerne in učinkovite. Tako npr. Jacobson in Christensen (1996) ugotavljata, da je tradicionalna vedenjska zakonska terapija najučinkovitejša za pare, ki so razmerju predani, niso zelo tradicionalni in parom, ki se strinjajo glede ciljev v zakonski zvezi.

4.1.2. Terapevtovi dejavniki in PDP

Kljub obširnemu seznamu učinkovitih intervencij na področju PDP je le malo znanega o veščinah, osebnosti, izobraževanju in drugih relevantnih spremenljivkah PD terapevtov (Blow in Karam, 2017; Blow, Sprenkle in Davis, 2007; Blow, Davis in Sprenkle, 2012). Blow in kolegi (2007) dodajajo, da tako kot mnogi skupni dejavniki delujejo prek modelov - velja tudi obratno, da modeli delujejo prek terapevtov. Blow in Karam (2017) menita, da so terapevtova vloga in značilnosti pri delu s kompleksnimi sistemi, kot je družina, še pomembnejše kot v

individualni psihoterapiji. Na primer PD terapevti morajo biti pri delu z disfunkcionalnimi vzorci direktivnejši in asertivnejši, znati morajo upravljati z veliko sočasnimi informacijami in ostajati fleksibilni. Wampler, Blow, McWey, Miller in Wampler (2019) dodajajo, da morajo biti PD terapevti, poleg posedovanja specifičnih spretnosti in nadarjenosti, tudi sposobni sistematično konceptualizirati primere in nato učinkovito pomagati klientskemu sistemu, ki je mnogokrat poln napetosti in konfliktov. Poleg tega morajo biti terapevti sposobni odzivanja na veliko raznolikost klientskih sistemov. Bischoff in Sprenkle (1993) še dodajata, da morajo PD terapevti zagotoviti zadostno strukturo, ki družinske člane spodbudi k soočanju s različnimi kognitivnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami.

4.1.3. Terapevtski delovni odnos in PDP

Pinsof in Catherall (1986) sta prva podala formalno definicijo terapevtskega delovnega odnosa oziroma alianse v PDP, ki sta jo opredelila kot "tisti vidik odnosa med terapevtskim in klientskim sistemom, ki se nanaša na njihovo sposobnost vzajemnega vlaganja in sodelovanja v terapiji" (str. 139). Raziskave konsistentno kažejo, da je terapevtska aliansa ključni skupni dejavnik, ki v vseh pristopih PDP pomembno vpliva na izid terapije. Kljub tem izsledkom pa terapevtski delovni odnos v PDP, kot navajata Johnson in Wright (2002), še vedno ni podprt s teorijo ali konceptualnim okvirom, ki bi poleg večjega števila klientov, ki sodelujejo v terapiji, upošteval tudi druge vidike PDP.

V nadaljevanju skozi prizmo treh elementov (vez, cilji in naloge), ki sestavljajo Bordinovo teorijo terapevtskega odnosa (Bordin, 1979), sledi opredelitev nekaterih posebnosti terapevtskega delovnega odnosa v PDP:

- *Vez se nanaša na kakovost čustvenega odnosa med klientom in terapevtom ter vključuje zaupanje, skrb, angažiranost idr.. V družinski terapiji je poleg posameznih terapevtskih alians pomembna tudi vzpostavitev terapevtskega delovnega odnosa z družino kot celoto (Robbins, Turner, Alexander in Perez, 2003). Skladno s temi ugotovitvami so na primer Muniz de la Pena, Friedlander in Escudero (2009) ugotovili, da razlike v čustvenih vezeh med terapevtom in različnimi družinskimi člani negativno vplivajo na potek terapije. Večina družin, ki je predčasno zaključila s terapevtsko obravnavo, je na vsaj eni seansi ocenila zmerno ali močno razhajanje med terapevtskimi aliansami z različnimi družinskimi člani. Karver, Handelsman, Fields in Bickman (2006) pa so v metaanalizi, ki je temeljila na 49 raziskavah družinske terapije z najstniki in otroki, ugotovili, da imajo terapevtove neposredne veščine vplivanja in terapevtski odnos z mladostnikom zmerno do visoko korelacijo z izidom terapije. Medosebne veščine terapevta (npr. empatija in toplina), pripravljenost staršev in mladostnikov na sodelovanje v terapiji ter njihovo sodelovanje pa so bili zmerno povezani*

z izidom psihoterapije. Terapevtski delovni odnos z mladostnikom in družino kot celoto, čustvena vez s terapevtom, terapevtski odnos s starši in klientova samostojnost pa so bili nizko do zmerno povezani z izidom terapije. Shirk in Karver (2003) pa sta z metaanalizo ugotovila, da je terapevtski delovni odnos v terapiji otrok in mladostnikov šibko povezana z izidom terapije pri različnih terapevtskih pristopih in metodah. Povprečna korelacija je primerljiva z izsledki podobnih raziskav z odraslimi (Horvath in Symonds, 1991). Ti rezultati nakazujejo, da je terapevtski delovni odnos šibko, a konsistentno povezan z izidom terapije pri različnih vrstah terapije in na različnih ravneh razvoja klientskega sistema.

- *Cilji*, ki jih klient in terapevt sooblikujeta v smeri zelene terapevtske spremembe. Dobro oblikovanje ciljev (etapnih in končnih) že na začetnih seansah je ključnega pomena za pozitivni izid ne le PDP, temveč vseh oblik psihoterapije (de Shazer, 1985, 1988; de Shazer in dr., 1986; Grawe, 2004; de Shazer in Dolan, 2007). Mnogi avtorji (npr. Friedlander in dr., 2006; Friedlander in dr., 2011; Symonds in Horvath, 2004) pa ob tem opozarjajo, da je v primerjavi z individualno terapijo vprašanje "kaj hočeva/hočemo spremeniti?" v PDP kompleksnejše, zato (so)oblikovanje ciljev navadno zahteva več časa. Bordin (1979) navaja, da strinjanje glede ciljev terapije ni dovolj, pomembno je tudi, da klient doživlja, da mu terapevt zastavljene cilje pomaga doseči. Več o terapevtskem delovnem odnosu v PDP sledi v podpoglavju 4.3.
- *Naloge* se nanašajo na to, v kolikšni meri klient po malih korakih na seansah in v svojem življenju deluje v smeri zastavljenih ciljev, v raznih dejavnostih uresničuje terapevtske spremembe, ki zmanjšujejo simptomatiko in/ali izboljšujejo njegovo kvaliteto življenja. Terapevtska dejanja, ki so spodbujena z različnimi psihoterapevtskimi metodami in tehnikami, so izpeljana iz ciljev terapije, ki pa se v PDP med družinskimi člani lahko zelo razlikujejo, saj ima, kot navaja Rus Makovec (2004), vsak družinski član svojo zgodbo o skupnem bivanju. Poleg različnih motivov in mnenj glede ciljev terapije imajo lahko družinski člani različne socialne spretnosti in veščine. Če upoštevamo, da se člani družine razlikujejo glede na fazo razvoja (npr. družine z majhnimi otroki ali najstniki) in stopnjo motiviranosti za terapijo, se vprašanje terapevtskih nalog oziroma "specifičnih sestavin" ne nanaša le na vprašanje kdaj in kako, ampak tudi s kom (Rait, 2000).

Johnson in Wright (2002) poudarjata, da omenjeni elementi po Bordinu (1979) niso dovolj bogati, da bi zajeli, kako se oblikuje terapevtski delovni odnos v PDP. Potrebno bi bilo razviti model terapevtskega delovnega odnosa, ki bi natančno opisoval razlike v terapevtski aliansi med družinskimi člani in znotraj družinskih podsistemov ter metodo za merjenje teh alians (Shelef in

dr., 2005). Pri tem je potrebno upoštevati, da imajo družinski člani lahko drugačne definicije vezi, ciljev in nalog. Model terapevtskega delovnega odnosa, ki bi upošteval te edinstvene dejavnike PDP, bi bil koristen tako za izobraževanje iz PDP kot tudi za raziskave o PDP.

4.1.4. Model/tehnika (splošni in specifični učinki) in PDP

Specifični učinki se nanašajo na različne metode in tehnike, ki k učinkoviti psihoterapiji prispevajo le 1 % celotne variance. Veliko pomembnejši so splošni učinki modelov in tehnik. Terapevt v njihovem okviru ponuja razlago klientovih težav ter predlaga modele in konkretne metode in tehnike za njihovo reševanje. Izsledki primerjav terapevtskih tehnik razkrivajo, da je le malo razlik v njihovi učinkovitosti, kar kaže na to, da ni tako pomembno, ali PD terapevt uporablja kognitivne, vedenjske, na čustva ali na odnose usmerjene metode in tehnike. Vsem je namreč skupno, da jih je mogoče razumeti kot zdravilne rituale, ki nagovorijo in povečajo pričakovanja, motivacijo, zaupanje in vero klientskega sistema ter tako delujejo kot placebo (Duncan, 2016).

Kljub temu da je Frank (1961) pred 60 leti ugotovil, da je spodbujanje klientovega upanja in pozitivnih pričakovanj ključni dejavnik pri mnogih oblikah zdravljenja (od šamanizma preko klasičnih medicinskih posegov do psihoterapije), mnogi avtorji (npr. Davis in dr., 2012; Ward in Wampler, 2010; Tambling in Johnson, 2010) navajajo, da v PDP literaturi zasledimo relativno malo raziskav o pričakovanih klientskega sistema. Podobno kot v individualno terapijo tudi v PDP klienti vstopajo z že oblikovanimi pričakovanji (Tambling in Johnson, 2010; Tambling, Wong in Anderson, 2014) o terapevtu, terapiji, njenem izidu in vedenju drugih članov odnosnega sistema med terapijo (Tambling, Anderson in Wong, 2016). Skladno s tem tudi Bischoff in Sprenkle (1993) ugotavljata, da neizpolnjena pričakovanja klientskega sistema v PDP povečajo možnost za predčasno prekinitev terapije. Zato k uspešnemu izidu terapije pomembno prispeva terapevtova sposobnost, da obravnavo predstavi na način, ki je skladen s pričakovanji klientskega sistema (Johnson in Talitman, 1997). Podobno tudi Simon (2006) meni, da lahko uporaba modela, ki ustreza terapevtovemu pogledu na svet, poveča učinkovitost psihoterapije, a le pod pogojem, da se ujema s klientovimi nazori.

Sprenkle in dr. (2009) dodajajo, da je uporaba terapevtskih intervencij v PDP smiselna, kadar te povečajo sodelovanje v terapiji. Poleg tega pa terapevtske tehnike mnogokrat krepijo terapevtski delovni odnos, kar kaže na krožno povezanost in prekrivanje skupnih dejavnikov. Poleg tega modeli in tehnike zagotavljajo strukturo obravnave in povečajo terapevtovo in klientovo osredotočenost na terapevtske spremembe (Duncan, 2016). Johnson in Talitman (1997) sta na primer ugotovila, da bolj kot so bile v partnerski terapiji terapevtske intervencije relevantne in namenjene točno določenemu cilju, boljši je bil izid terapije.

4.1.5. Povratna informacija in PDP

Sparks in Duncan (2010) navajata, da sistematična uporaba povratnih informacij bistveno povečuje možnosti za prilagajanje terapije posamezniku. Kljub temu pa je raziskovanju povratnih informacij na področju PDP namenjeno relativno malo pozornosti. Po eni strani je razlog ta, da je uvajanje sistematičnega povratnega informiranja razmeroma novo, po drugi strani pa je merjenje rezultatov v PDP zelo zahtevno. Večina dostopnih vprašalnikov za merjenje izida terapije je namreč dolgih in namenjenih raziskovalnim namenom, zato njihova uporaba predstavlja dodatno obremenitev za kliente in terapevte.

Izsledki raziskav o vplivu povratnih informacij v PDP so mešani. Tako so npr. Ogles in sodelavci (2006) proučevali vpliv povratnega informiranja pri pomoči družinam v skupnosti. Ugotovili so, da ni bilo razlik v učinkovitosti terapije in družinskem funkcioniranju med tistimi, ki so sodelovali v povratnem informiranju (v trimesečnem obdobju so štirikrat posredovali povratne informacije) in tistimi, ki niso. Podobno so ugotovili tudi Tilden in sodelavci (2020), ki so preučevali razlike v izidu PDP med tistimi klienti, ki so uporabljali sistem povratnega informiranja in tistimi, ki so bili vključeni v obravnavo brez povratnega informiranja. Izsledki raziskave kažejo, da med obema skupinama ni bilo pomembnih razlik.

Bolj spodbudni pa so izsledki raziskave, ki so jo izvedli Anker, Duncan in Sparks (2009), ki so bili prvi, ki so raziskovali povratno informiranje v partnerski psihoterapiji. Ugotovili, da so pari, ki so sistematično podajali povratne informacije, dosegli bistveno izboljšanje ter imeli znatno nižjo stopnjo ločitev ali razhodov v primerjavi s tistimi pari, ki niso sodelovali v povratnem informiranju. Mehanizmi, zaradi katerih pri povratnem informiranju pride do sprememb, (še) niso znani. V kontekstu skupnih dejavnikov avtorji predvidevajo, da lahko ritual podajanja povratnih informacij okrepi klientova pričakovanja in njihovo sodelovanje ter pripomore k dobremu terapevtskemu delovnemu odnosu. Hkrati pa klienti lahko tako postanejo bolj pozorni na spremembe in si posledično bolj prizadevajo za doseganje le-teh. Na pomembnost povratnega informiranja kažejo tudi izsledki, da je v partnerski terapiji le malo prekrivanja med terapevtskimi in klientovimi dojemanjem ključnih trenutkov v psihoterapiji. Posledično terapevti brez povratne informacije ne morejo prepoznati, kaj je za njihove kliente pomembno (Helmeke in Sprenkle, 2000). Čeprav se je v zadnjih desetih letih potrdilo prepričanje Sparksa in Duncana (2010), da bodo povratne informacije kot skupni dejavnik v PDP sčasoma vse bolj empirično podprte in sistematično uporabljene (podobno kot se je npr. zgodilo s terapevtskim delovnim odnosom), Tilden in dr. (2020) še vedno poudarjajo, da je potrebno podrobneje raziskati, kako, za katere namene, v katerih

pogojih, kakšnem kontekstu in kateri fazi terapije je povratno informiranje koristno.

4.2. Ožja konceptualizacija skupnih dejavnikov in PDP

Ožja konceptualizacija skupnih dejavnikov obsega tri kategorije, kot jih je opredelil Karasu (1986), saj si po njegovem mnenju z uporabo različnih tehnik večina pristopov prizadeva doseči terapevtske kognitivne, vedenjske in čustvene spremembe. Sprenkle in Blow (2004a) dodajata, da je včasih težko natančno ločiti med kognitivnimi, vedenjskimi in čustvenimi intervencijami. Če se na primer par poveže na nov način, je taka vedenjska sprememba lahko posledica drugačnega načina razmišljanja drug o drugem ali večjega občutka čustvene bližine.

4.2.1. Kognitivno obvladovanje

Kognitivno obvladovanje pomeni, da terapevt pomaga klientom pri odpiranju novih perspektiv oziroma razvijanju novih pomenov o interakcijskih procesih znotraj sebe in družine, med družino in drugimi sistemi ter med generacijami (Sprenkle in dr., 1999). Terapevti pomagajo pri kognitivnem obvladovanju s preokvirjanjem, interpretacijami, praktičnimi informacijami, razlagami ali utemeljitvami³. Primer tega v PDP so: preokvirjanje interakcijskih sekvenc v na čustva usmerjeni terapiji s pomočjo jezika navezanosti (Johnson, 1996), eksternalizacija (Fraser, 2003) in razvoj alternativnih zgodb, ki opolnomočajo v narativni terapiji (White in Epston, 1990) ali odpuščanje staršem v kontekstualni družinski terapiji, tako da klienti vidijo, da so njihovi starši naredili največ, kar so lahko, s tem kar so imeli (Boszormenyi-Nagy, 1987).

4.2.2. Vedenjska regulacija

Vedenjska regulacija (spreminjanje delovanja) se nanaša na učenje in spreminjanje vedenjskih odzivov ter na nadzor in obvladovanje dejanj in navad (Karasu, 1986). To se na primer zgodi, ko terapevt klientom pomaga pri spreminjanju interakcijskih vzorcev ali disfunkcionalnih zaporedij, postavljanju meja, učenju novih veščin ter kliente spodbuja k nudenju medsebojne podpore, učenju opolnomočenja sebe in drugih (Sprenkle in Blow, 2004a) in raziskovanju drobnih izjem v situacijah, ki so nasičene s težavami ter pomaga pri uporabi virov klientskega sistema (Fraser, 2003).

Primeri tega v PDP so: prekinitev disfunkcionalnih vedenjskih zaporedij v strateški terapiji (Haley, 1987), označevanje meja v strukturni terapiji (Minuchin, 1974), prekinitev vzorcev vedenjske interakcije v na čustva usmerjeni terapiji (Johnson, 1996), poučevanje novih komunikacijskih veščin v funkcionalni

3 PDP težav ne opredeljuje kot intrapsihične entitete, temveč jih razume kot posledico medčloveških interakcij. PD terapevti si prizadevajo k depatologizaciji ter se tako namesto na deficite in patologijo v večji meri osredotočajo na raziskovanje klientovih moči, virov in salutologije (Možina, 2011).

družinski terapiji (Sexton in Alexander, 2003) in omogočanje dialoga med sabo in drugimi deli v notranjih družinskih sistemih (Schwartz, 1995).

4.2.3. Čustvena regulacija

Ta kategorija zajema čustveno pripravo klientskega sistema na nov kognitivni vnos. O čustveni regulaciji na primer govorimo, ko terapevt klientom pomaga pri uravnavanju ali doživljanju čustev ter ustvarjanju čustvene vezi s seboj, terapevtom in (kar je najpomembneje) z drugimi ljudmi (Sprenkle in Blow, 2004a). Primeri tega v PDP so spodbujanje parov, da izrazijo svoja primarna čustva, ki predstavljajo osnovo za jezne/obrambne izmenjave v na čustva usmerjeni terapiji (Johnson, 1996) in dostop do ranjenih delov sebe v notranjih družinskih sistemih (Schwartz, 1995).

4.3. Skupni dejavniki, ki so edinstveni za PDP

Sprenkle in sodelavci (Sprenkle in dr., 2009; Sprenkle in Blow, 2004a) so oblikovali štiri skupne dejavnike, ki so edinstveni za PDP:

- konceptualizacija problemov z relacijskimi pojmi;
- prekinitev disfunkcionalnih odnosnih vzorcev;
- razširitev sistema neposredne obravnave in
- razširitev terapevtskega delovnega odnosa.

Sprenkle in dr. (2009) navajajo, da obstajajo tehtni posredni dokazi o učinkovitosti prvih dveh dejavnikov. Kljub temu da v kvantitativnih randomiziranih kliničnih raziskavah le redko primerjajo pristope, ki temeljijo na relacijski konceptualizaciji, s tistimi, ki ne, pa na splošno velja, da vsi empirično podprti PDP slonijo na relacijski konceptualizaciji problemov (npr. Shadish in dr., 1995; Sexton, Alexander in Mease, 2004; Stratton, 2011). Podobno vse najbolj empirično podprte PDP uporabljajo intervencije, ki so osredotočene na prekinitev disfunkcionalnih relacijskih vzorcev. Hkrati pa so na voljo tudi izsledki, da so za številne probleme terapije, ki vključujejo več oseb, učinkovitejše od individualnega pristopa (Sprenkle in dr., 2009). O'Farrell in Fals-Stewart (2002) na primer ugotavljata, da je za obravnavo zasvojenosti od alkohola in zlorabe drog partnerska vedenjska terapija učinkovitejša od individualne obravnave.

4.3.1. Konceptualizacija težav z relacijskimi pojmi

Relacijsko razumevanje temelji na tem, da se pri terapiji dela sistema upošteva celoten sistem (Stanton in Welsh, 2012), kar je v nasprotju s stališčem DSM, ki duševne motnje umešča v človeka in še posebej v njegov živčni sistem (Sprenkle in dr., 2009). Sistemsko razumevanje zdravja pa sloni na biopsihosocialni perspektivi, ki prepoznava vplive številnih dejavnikov na duševno in fizično zdravje. To vključuje intrapersonalno konceptualizacijo (kaj se dogaja znotraj posameznika, npr. misli, občutki, genetska predispozicija,

biologija človeka), medosebno konceptualizacijo (kaj se dogaja med posamezniki v pomembnih odnosih, npr. navezanost in intersubjektivnost) in družbeno-kontekstualno konceptualizacijo (kaj se dogaja v širšem kulturnem kontekstu, npr. rasizem, nasilje, neenakost) (Wampler in dr., 2019).

Davis in sodelavci (2012) navajajo primer relacijske konceptualizacije: če terapevt pozna le možovo zgodbo o nadležni in nergavi ženi, se lahko terapevt postavi na njegovo stran in s tem še dodatno skrha njuno zakonsko zvezo, kar lahko celo spodbuja ločitev. Ko pa terapevt razmišlja relacijsko, se lahko pokaže, da je ženino nerganje upravičen odgovor na možovo izogibanje v odnosu. To je preprost primer, kako pomembno je simptome tolmačiti kot odnosne pojave.

4.3.2. Razširitev sistema neposredne obravnave

Ta kategorija se nanaša na značilnost PDP, kjer je zaželeno sodelovanje s čim več člani odnosnega sistema. Tudi če dela s posameznikom, bo PD terapevt poskušal klientovo situacijo umestiti v širši odnosni sistem, saj izhaja iz predpostavke, da simptome najboljše razumemo v kontekstu klientove interakcije z mikro (npr. družina), mezo (npr. službeno okolje, prijateljska mreža) in makro (večji kulturni in družbenopolitični) sistemi. Pri tem velja, da čim več ljudi se v sistemu spremeni, trajnejša bo sprememba (Davis in dr., 2012).

4.3.3. Prekinitev disfunkcionalnih odnosnih vzorcev

Če je konceptualizacija problemov v odnosnem smislu skupni dejavnik, enako velja tudi za delo na razreševanju teh problemov. Pri obravnavi teh vzorcev se PD terapevti osredotočajo na vedenjske, kognitivne in čustvene dimenzije družinskih odnosov (glej podpoglavje 4.2). Sprenkle in sodelavci (2009) menijo, da so PD terapevti skozi zgodovino tega načina dela skoraj vedno kot ključno videli prekinjanje nefunkcionalnih ali patoloških vzorcev. Na primer partnerja, ki navajata več odnosnih težav (npr. težave v spolnih odnosih, nesoglasja glede vzgoje otrok), sta lahko prepričana, da se pojavljajo zaradi različnih mnenj (torej zaradi nesoglasij na vsebinski ravni), dejansko pa gre za pretiran simetrični (tekmovalni) odnosni vzorec⁴ (Bateson, 2019). Ko partnerja tak vzorec prepoznata, se ga lahko naučita bolje regulirati ter izkoristiti v svoje dobro in v dobro njunega odnosa.

4 Bateson (2019) razlikuje med simetričnim in komplementarnimi odnosnimi vzorci. Pri simetričnih odnosnih vzorcih so vzajemno spodbujajoča dejanja v osnovi enaka. Nazoren primer je oboroževalna tekma v hladni vojni: bolj kot so se oboroževali Rusi, bolj so se oboroževali Američani. Podobno lahko v partnerskih odnosih napadalnost enega partnerja spodbuja napadalnost drugega. Pri komplementarnih odnosnih vzorcih pa so vzajemno spodbujajoča dejanja v osnovi neenaka, a vzajemno primerna (po načelu ključ in ključavnica). Lep primer je partnerska zveza med dominantnim in podredljivim partnerjem. Po Batesonu v ozadju različnih relacijskih patologij pogosto lahko odkrijemo simetrično ali komplementarno stopnjevanje. Tako se lahko simetrična eskalacija izteče v boje, v katerih obe strani utrpita hude, nepopravljive posledice (npr. hude telesne poškodbe), podobno kot se to lahko zgodi pri komplementarni eskalaciji med nasilnim, zlorablajočim možem in prestrašeno ženo, ki je vse bolj podredljiva.

4.3.4. Razširitev terapevtskega delovnega odnosa

Kadar je v sistem obravnave vključena več kot ena oseba, je razširjeni terapevtski delovni odnos prav tako skupni dejavnik, ki pa je edinstven za PDP. Sistemsko vodilo, da je "celota več kot le seštevek njenih posameznih delov", ustrezno prikaže PDP kot kompleksen proces, v katerem mora terapevt sočasno upoštevati potrebe več posameznikov in interakcije med njimi (Robbins in dr., 2003). Poleg tega vsak družinski člani opazuje (in primerja) terapevtov odnos z ostalimi člani družine (Heatherington in Friedlander, 1990). Z drugimi besedami, vsak družinski član hkrati ustvarja terapevtski delovni odnos s terapevtom in tako vsak terapevtski odnos pozitivno ali negativno vpliva na druge (Friedlander in dr., 2011).

Rus Makovec (2004: 367) poudarja, da »posamezniku sodelovanje v okviru družinske terapije olajša pot do delovne alianse, ker gre za skupni družinski projekt, lahko pa ga močno ovira«. Tako vsak delovni odnos neizogibno vpliva na delovne odnose z drugimi družinskimi člani, kar pomeni, da nobenega delovnega odnosa ne moremo obravnavati ločeno (Pinsof in Catherall, 1986). Friedlander in dr. (2011) na primer opozarjajo, kako pomembno je, ali je psihoterapevt všeč materi in koliko je predana terapiji, ker to lahko olajša (ali ovira) sinovo pripravljeno zaupati terapevtu. Sinovo sodelovanje v terapiji je odvisno tudi od čustvene vezi mati-sin in ali se sin strinja z materjo glede narave težave, ciljev terapije ali potrebe po terapiji. Poleg tega sproščenost med družinskimi člani vpliva na pripravljeno vsakega, da se z drugimi člani družine in s terapevtom pogaja o ciljnih terapije.

Pomemben vidik terapevtskega odnosa v PDP je tudi stopnja, do katere se družinski člani drug ob drugem v terapevtskem procesu počutijo varno. Posledično je, zlasti na začetku terapije, vzpostavitev varnega terapevtskega okolja zelo pomembna, da bi klienti lahko raziskovali boleče teme (Friedlander, Escudero in Heatherington, 2006).

Rus Makovec (2004) opozarja, da je treba upoštevati morebitne posameznikove zadržke pred hkratnim terapevtskim delom z drugimi člani družine. Zato je koristno, da ob koncu vsakega terapevtskega srečanja vprašamo družinske člane, s katerim posameznikom je "držal" terapevt. Najboljše je, če se člani družine ne morejo odločiti, s kom si je bil terapevt najbližje ali pa če je terapevtska aliansa vsakič boljša z drugim članom družine. Davis in sodelavci (2012) pa navajajo, da je kljub temu, da se lahko količina pozornosti, ki jo terapevt nameni določenemu družinskemu članu od seanse do seanse razlikuje, ključno, da v času terapevtske obravnave obstaja ravnovesje med časom namenjenemu delovnim odnosom z različnimi družinskimi člani.

5. Kritika teorije skupnih dejavnikov na področju PDP

Sexton in dr. (2004) se strinjajo, da skupni dejavniki prispevajo k učinkoviti psihoterapiji in da jih mora upoštevati vsak model PDP, če hoče biti učinkovit. Dodajajo pa kritiko, da teorija skupnih dejavnikov preveč poenostavlja terapevtski proces, saj spregleda kompleksnost PDP in terapevtske spremembe ter raznolikost klientov in okoliščin, v katerih poteka terapevtska obravnava. Posledično to privlači študente in terapevte, ki iščejo poenoten, integrativni konceptualni okvir za poučevanje študentov in vse, ki poskušajo osmisлити raznolike raziskovalne izsledke na področju PDP. Avtorji pa so do tega zadržani, saj po njihovem mnenju "lahko le kompleksni, izčrpn in sistematični modeli sprememb pojasnijo kompleksnost in raznolikost klientov ter odnosne procese, ki so značilni za [PDP] prakso" (Sexton in dr., 2004: 141).

Poleg tega Sexton s sodelavci navaja, da podobna učinkovitost različnih pristopov, na katero kažejo metaanalize, ni zadosten dokaz za skupne dejavnike. Te metaanalize naj bi namreč odražale kvaliteto posameznih raziskav, v katerih so ugotovili precejšnje pomanjkljivosti. Posledično naj iz dosedanjih metaanaliz ne bi mogli sklepati na pomanjkanje razlik v učinkovitosti med različnimi pristopi. Natančen pregled raziskav naj bi nakazoval, da so nekateri modeli lahko učinkovitejši od drugih, zlasti za obravnavo specifičnih kliničnih problemov⁵. Nadalje poudarjajo, da naj bi bil uspešen izid terapije neposredno povezan s stopnjo, do katere se terapevti držijo dokazano učinkovitih modelov. Poudarjajo, da v kolikor se terapevtovi učinki izboljšajo, če se bolj držijo modelov, lahko sklepamo, da so za doseganje teh rezultatov odgovorni specifični in ne skupni dejavniki. Opozarjajo tudi, da poznavanje seznama skupnih dejavnikov ne vpliva na zdravljenje in da imajo modeli ključen vpliv na terapevtovo razmišljanje in odločanje (Sexton in Ridley, 2004; Sexton in dr., 2004).

V nadaljevanju Sexton in dr. (2004) navajajo, da teorija skupnih dejavnikov ne prispeva k zmanjševanju vrzeli med raziskovanjem in klinično prakso. Kot prvi razlog za to izpostavljajo, da skupni dejavniki niso konceptualno jasni, uporabno opredeljeni ali kontekstualizirani v kliničnem procesu dovolj dobro, da bi jih bilo mogoče raziskovati ali razumeti. Poleg tega naj bi bili skupni dejavniki neodvisni in dekontekstualizirani iz kompleksnega procesa terapije. Na primer, terapevtski odnos je lahko različno definiran, odvisno od perspektive raziskovalcev. Sexton in dr. (2004) poudarjajo, da brez natančnejše opredelitve skupnih dejavnikov

5 Sexton in Alexander (2002) v preglednem članku o obravnavi mladostnikov, ki uporabljajo ali zlorabljajo drogo, navajata, da je bil izid terapije pri štirih terapevtskih pristopih konsistentno boljši kot pri drugih pristopih PDP. Ti pristopi so večdimenzionalna družinska terapija, kratka strateška terapija, funkcionalna družinska terapija in multisistemska terapija.

le-teh ni mogoče natančno raziskovati. Poleg tega teorija skupnih dejavnikov ne pojasnjuje kompleksnosti sprememb ali procesa, skozi katerega se spremembe dogajajo. Na primer upanje in pričakovanje kot skupna dejavnika verjetno na nek način prispevata k spremembam, a ne poznamo njunih osnovnih mehanizmov terapevtske spremembe ali pa terapevtskih dejanj, ki jih spodbujata. Skladno s tem avtorji menijo, da bi teorija skupnih dejavnikov, če želi biti učinkovita, morala terapevtom pokazati, kako pomagati klientom ter jim zagotoviti smernice, potrebne za obravnavo. Če se ponovno vrnemo k primeru terapevtskega odnosa, naj bil le-ta bil rezultat nekega terapevtovega ali klientovega dejanja ali aktivnosti. Terapevtski odnos je cilj neke interakcije, vedenj ali dejavnosti, ki se porajajo med klientom in terapevtom. Tako skupni dejavniki ne pojasnijo procesa spremembe in ne ponujajo smernic za terapevte, zaradi česar ne zagotavljajo vodil, potrebnih za uspešno klinično delo.

Sprenkle in Blow (2004b) na drugi strani opozarjata, da Sexton in sodelavci (2004) k skupnim dejavnikom pristopajo s pozicije ali-ali, medtem ko sama vidita glavni namen teorije skupnih dejavnikov 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" (str. 151). Skladno s tem tudi Davis in Hsieh (2019) dodajata, da namen teorije skupnih dejavnikov ni odpravljanje terapevtskih modelov, temveč širjenje pozornosti tudi na druge dejavnike, ki dokazano vplivajo na psihoterapevtski izid. Sprenkle in Blow menita, 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.

Trenutno stanje teorije skupnih dejavnikov tudi ne predstavlja njene končne različice, temveč bolj odpira prostor za nadaljnje raziskovanje, katerega izsledki naj bi terapevtom pomagali pri upravljanju terapevtskega procesa, kar poudarja tudi Schiepek (2008).

6. Vloga teorije skupnih dejavnikov v izobraževanju PDP

Če resno upoštevamo teorijo skupnih dejavnikov, to vpliva tudi na izobraževanje iz PDP, saj se ob učenju specifičnih modelov, metod in tehnik daje poudarek tudi temeljnim terapevtskim veščinam, na primer empatičnemu poslušanju in odzivanju (Blow in Karam, 2017; Sprenkle in Blow, 2004a). Nasprotno pa Sexton in dr. (2004) ne verjamejo, da lahko teorija skupnih dejavnikov predstavlja osnovo izobraževanja iz PDP. Poudarjajo, da je namen izobraževanja podati osnove

klinične teorije in prakse, obenem pa razviti spoštovanje do raziskav, teorije in kompleksnosti terapevtskih sprememb. Menijo, da teorija skupnih dejavnikov ne zagotavlja celovitega modela ali teorije ter specifičnih ciljev ali postopkov različnih faz sprememb, ki bi terapevtom lahko pomagali pri krmarjenju po zapletenem terapevtskem procesu. Poleg tega naj teorija skupnih dejavnikov ne bi vsebovala "zemljevida" začetne strukture terapije, ki sčasoma zagotovi podporo, potrebno za razumevanje terapevtskega procesa.

Drugi avtorji (npr. D'Aniello in Fife, 2017; Fife in dr., 2014; Sprenkle in dr., 2009) pa menijo, da tovrstna mnenja odražajo napačno razumevanje teorije skupnih dejavnikov, saj tako kot na splošno v psihoterapiji tudi v izobraževanju ne gre za ali-ali dilemo, temveč za in-in, da so torej ob specifičnih dejavnikih pomembni tudi skupni dejavniki terapevtskega procesa. Tako vedno več avtorjev poudarja pomembnost in razloge za vključevanje skupnih dejavnikov v izobraževanje iz PDP (npr. D'Aniello in Perkins, 2016; Fife, D'Aniello, Scott in Sullivan, 2019; Karam, Blow, Sprenkle in Davis, 2015).

Kot sva že opisala v uvodu, raziskave kažejo, da noben pristop PDP ni učinkovitejši od drugih (Shadish in Baldwin, 2002; Shadish in dr., 1993, 1995) in da ni trdnih dokazov o relativni učinkovitosti različnih modelov. Kljub temu pa študentje na začetku usposabljanja pogosto čutijo pritisk, da izberejo "pravi" model (Karam in dr., 2015). D'Aniello in Fife (2017) navajata, da čeprav nekateri izobraževalni programi temeljijo na učenju enega modela PDP, drugi študente spodbujajo k uporabi različnih terapevtskih metod in integraciji različnih modelov PDP, pri čemer je teorija skupnih dejavnikov v veliko podporo.

Poleg tega D'Aniello in Perkins (2016) poudarjata, da je vključevanje teorije skupnih dejavnikov logično, v kolikor v izobraževanju iz PDP poučujemo sistemsko teorijo, saj ta predstavlja osnovni teoretični okvir za PDP. Ena ključnih postavk sistemske teorije je namreč, da posamezno sestavino sistema najbolje razumemo v kontekstu celote in obratno, da celoto najbolje razumemo, ko preučimo vsak njen del. Tako je prehod iz učenja posameznih modelov kot ločenih entitet na učenje o povezanosti med modeli skladen s sistemsko paradigmo PDP. Drugi avtorji (Karam in dr., 2015) v zvezi s tem dodajajo, da osredotočanje na zgolj empirično podprte pristope lahko omejuje teoretično prožnost in sposobnost kritičnega mišljenja edukantov ter ne pripomore k razvoju lastne integracije. Prav tako zgolj učenje modelov ne vodi v boljše rezultate, temveč je učinkovitost pristopov pogojena z veščinami in kompetencami edukantov. Skladno s temi izsledki so vsi študenti (n=17), ki so sodelovali v eni od raziskav (Fife in dr., 2019), poročali o pozitivni učni izkušnji, ki je temeljila na vključevanju teorije skupnih dejavnikov v izobraževanje PDP, kar se ujema tudi z izsledki drugih raziskav (glej npr. D'Aniello in Fife, 2017). Udeleženci so poudarili,

da so postali samozavestnejši, da so obogatili svoje razumevanje modelov PDP in terapevtske spremembe, se začeli bolj zavedati klientovih dejavnikov ter izboljšali tako svoje sposobnosti za konceptualizacijo kot tudi klinično prakso (Fife in dr., 2019). Vključevanje teorije skupnih dejavnikov v izobraževanje pa tudi ustvarja občutek povezanosti različnih vsebin, ki se na prvi pogled lahko zdijo ločene, ter zagotavlja okvir za povezovanje različnih informacij. Poleg tega predstavlja dobro podlago za učenje osnovnih terapevtskih veščin, saj so terapevti z dobrimi terapevtskimi veščinami bolj opremljeni za aktiviranje skupnih dejavnikov na svojih seansah in bolj spoštujejo klientove dejavnike (D'Aniello in Perkins, 2016).

Tudi v izobraževanju iz systemske PDP, ki se od leta 2006 razvija v okviru SFU Ljubljana, dajemo velik poudarek teoriji skupnih dejavnikov (Možina, 2011, 2013, 2020abc; Kobal, 2013; Možina in Latini, 2016; Možina in Rebolj, 2020). Naše izkušnje so pozitivne, saj podobno kot zgoraj navedeni avtorji, ki zagovarjajo in-in stališče (npr. Sprenkle, Blow, Duncan, D'Aniello, Perkins, Fife) v teorijo skupnih dejavnikov vključujemo poučevanje metod in tehnik, hkrati pa se zavzemamo za "dialoški pluralizem v psihoterapevtski znanosti" (Gelo in Pritz, 2020) in integracijo med različnimi psihoterapevtskimi pristopi ter različnimi metodologijami raziskovanja psihoterapije.

7. **Vodila za partnerske in družinske terapevte na podlagi teorije skupnih dejavnikov**

Za upoštevanje vodil, ki jih tu navajava, je pomembno poznavanje temeljne literature o skupnih dejavnikih, tako na splošno (npr. Lambert, 1992; Laska, Gurman in Wampold, 2014; Wampold in Imel, 2015) kot tudi na področju PDP (Sprenkle in dr., 2009; Sprenkle in Blow, 2004ab). V nadaljevanju predstavljava šest temeljnih načel oziroma vodil, ki jih Davis in Hsieh (2019) opredeljujeta kot ključne za PD terapevte, ki so poučeni o teoriji skupnih dejavnikov:

1. *Bodi pozoren na prekrivanja med teorijami.* Na prvi pogled se različni terapevtski modeli zdijo zelo drugačni, pri čemer so te razlike še dodatno poudarjene z žargonom, značilnim za posamezen pristop. Družinski terapevti, ki so poučeni o teoriji skupnih dejavnikov, razumejo teorije dovolj dobro, da med njimi vidijo prekrivanja. To ne pomeni, da med teorijami ni pomembnih razlik ter da na področju intervencij ni velike raznolikosti. Prekrivanje se nanaša na prepoznavanje, da obstaja več teorij in intervencij, s katerimi lahko dosežemo isti terapevtski cilj ter da tako lahko terapevtsko obravnavo prilagodimo posameznim parom, družinam oziroma klientskim sistemom (glej tudi Možina, 2020cd; Možina in Barnes, 2020). Nadalje terapevt, ki je seznanjen

s teorijo skupnih dejavnikov, uporablja povratne informacije, da ugotovi, kateri pristop bi bil za določeno družino najprimernejši in ta model predstavi z dovolj kredibilnosti, da družini vzbudi (za)upanje v obravnavo.

2. *Navdušuj se nad teorijami, ne nad eno samo teorijo.* Terapevti, ki so seznanjeni s teorijo skupnih dejavnikov, si prizadevajo razumeti številne teorije, jih cenijo ter imajo znanje o različnih pristopih (glej tudi Možina, 2020cd; Možina in Barnes, 2020). S poznavanjem le enega modela je le malo verjetno, da ga bo terapevt lahko ustrezno prilagodil potrebam, ciljem in vrednotam klientov (Karam in dr., 2015; Sprenkle in dr., 2009). Saj kot poudarjajo Blow in dr. (2007), klientu na njegov obsežen seznam izzivov, s katerimi se sooča, ni treba dodati še tega, kako se prilagoditi terapevtu. Poznavanje več teorij je pomembno tudi zato, ker le tako lahko med njimi vidimo podobnosti in prekrivanja, o čemer sva pisala v prvem vodilu. Mnogim terapevtom pa se ideja o poznavanju različnih pristopov zdi neobvladljiva, zato Davis in Hsieh (2019) poudarjata, da lahko o tem razmišljamo kot o miselni naravnosti, ne pa o cilju, ki ga je treba doseči v nekem določenem časovnem okviru (npr. v času specializacije iz določenega terapevtskega pristopa). Pri tem je pomembno, da so terapevtom teorije "blizu", saj tako terapevti delujejo bolj samozavestno in verodostojno, kar poveča klientovo (za)upanje in pozitivna pričakovanja (Sprenkle in dr., 2009).
3. *Osredotočaj se na klienta.* Kot sva predstavila v podpoglavju 4.1, klientovi dejavniki predstavljajo ključni skupni dejavnik. Ne glede na izbrani terapevtski pristop o teoriji skupnih faktorjev poučeni terapevti izvajajo terapijo na način, ki je skladen s klinetovimi nazori in kulturo ter s pomočjo povratnega informiranja prilagajajo obravnavo.
4. *Vzdržuj upanje in spremljaj terapevtski delovni odnos.* Terapevti, ki so poučeni o skupnih dejavnikih, spremljajo terapevtski delovni odnos. Najbolj natančen vprašalnik za merjenje družinske terapije je Vprašalnik spremembe v systemski terapiji [angl. Systemic Therapy Inventory of Change (STIC)], ki so ga razvili Pinsof in sodelavci (2009). STIC je zasnovan za merjenje sprememb na več ravneh, vključno s terapevtskim delovnim odnosom. V pomoč so lahko tudi naslednja vprašanja, ki so jih pripravili Patterson in sodelavci (2018) in so namenjena samoocenjevanju kakovosti terapevtskega delovnega odnosa:
 - Ali svojim klientom izkazujem skrb?
 - Ali sem ustvaril varno terapevtsko okolje in določil smernice za delo med terapevtskimi seansami?
 - Ali lahko do neke mere razumem izkušnje svojih klientov tako na čustveni kot tudi na kognitivni ravni?

Ali ostajam radoveden glede tega primera?

Ali moram biti jasen glede svojega statusa specializanta ali pomanjkanja strokovnega znanja na določenem področju?

V skladu s skupnimi dejavniki, ki so edinstveni za PDP, se lahko vprašamo tudi: "Kakšna je terapevtska aliansa z različnimi družinskimi člani in podsistemi ter ali so terapevtske alianse uravnovežene?" (Sprenkle in dr., 2009: 175).

O skupnih dejavnikih poučen družinski terapevt spremlja tudi upanje in pričakovanja klientskega sistema in v skladu s tem prilagaja terapijo. V tem okviru se lahko terapevti vprašajo, ali počnejo, kar lahko, da klientom vlivajo upanje, tudi tako, da v obravnavo (za)upajo sami.

Griffith (2013: 44) pa predlaga naslednja vprašanja, ki lahko vodijo v pogovor, ki klientom pomaga vzbuditi višjo raven upanja:

Kdaj ste nazadnje čutili upanje? Kako je to bilo?

Kdo vam v življenju pomaga, da še naprej upate?

Kaj vam v težkih trenutkih pomaga ohranjati upanje?

Kdo v vašem življenju ne bi bil presenečen, če bi vas videl, da tudi sredi stiske ostajate polni upanja? Kaj ta oseba ve o vas, česar drugi morda ne vedo?


Upanje in pričakovanja lahko spodbudimo tudi tako, da klientom povemo, da je družinska psihoterapija učinkovita, saj pomaga dvema od treh družinam, "kot je njihova." Nadalje lahko povemo, da bodo po približno 6 do 10 seansah vedeli, ali jim bo družinska terapija pomagala in predlagamo, da ji dajo priložnost. Velja tudi poudariti, da ena od treh družin svoje težave reši brez terapije in da lahko v naslednjih nekaj mesecih preverijo, ali to velja tudi zanje, če pa jim to ne uspe, pa jih vabimo, da se obrnejo na nas. Ob tem lahko navedemo razloge, zakaj verjamemo, da bo določena družina imela koristi od terapije: ker so motivirani za obravnavo; jim je mar drug za drugega; verjamejo, da je mogoče izzive, s katerimi se soočajo izboljšati s pomočjo boljšega razumevanja situacije in so pripravljeni drugače obvladovati svoje težave in ker jim je terapija pomagala tudi v preteklosti (Carr, 2016).

5. *V klientih glej ljudi in ne objektov.* Intervencije in tehnike zagotavljajo pot do premikov in sprememb, kadar so za kliente smiselne, do česar lažje pride, ko družinski člani vedo, da jih terapevt razume ter da mu je mar. Zato je, kot poudarjajo tudi Fife in dr. (2014), terapevtov način delovanja zelo pomemben (glej sliko 1). O skupnih dejavnikih poučen PD terapevt redno spremlja svoj odnos do klientov in ga prilagaja vsakokrat, ko na kliente začne gledati kot objekte.
6. *Daj prednost celjenju pred terapijo.* O skupnih dejavnikih poučen družinski terapevt ostaja skromen glede svoje vloge v življenju klientov, saj se zaveda, da je terapija le ena od sestavin človekovega vseživljenjskega celjenja in osebne rasti.

Ob tem družine spodbuja pri prepoznavanju in uporabi različnih virov. Tovrstni terapevti priznavajo omejitev psihoterapije, so odprti za učenje ter dovoljujejo, da na njihovo terapevtsko delo vplivajo najrazličnejše epistemologije in tradicije. Podobno tudi Sprenkle in dr. (2009) pozivajo terapevte k skromnosti glede superiornosti izbranega pristopa, kar omogoča odprtost za učenje novih modelov.

Tabela 1

Dodova vodila za partnerske in družinske terapevte na podlagi teorije skupnih dejavnikov (Davis in Hsieh, 2019)

Bodi pozoren na prekrivanja med teorijami.	
Navdušuj se nad teorijami, ne nad eno samo teorijo.	
Osredotočaj se na klienta.	
Vzdržuj upanje in spremljaj terapevtski delovni odnos.	
V klientih glej ljudi in ne objektov.	
Daj prednost celjenju pred terapijo.	

8.

Sklep

Orisala sva dve teoriji, ki razlagata, kako deluje psihoterapija in ki se lahko polarizirata v neplodno dihotomijo med specifičnimi in skupnimi dejavniki. Namesto tega sva prikazala pomen skupnih dejavnikov za PDP na način, ki omogoča preseganje razcepa med obema teorijama ter uravnovešen pogled na tehnični in kontekstualni pogled na psihoterapijo. Vsak model, kot poudarjata Sprenkle in Blow (2004a), deluje kot povečevalno steklo, ki osvetljuje in poudarja določene vidike obravnave. Teorija skupnih dejavnikov pa opozarja, da so za učinkovito in uspešno uporabo terapevtskih tehnik, specifičnih za določen psihoterapevtski pristop, poleg terapevtovega strokovnega znanja in kompetenc, pomembni tudi terapevtski odnos, pričakovanja in drugi skupni dejavniki.

Upava, da bo ta članek bralce in bralke spodbudil, k novim načinom razmišljanja in raziskovanja, kaj v PDP omogoča terapevtske spremembe in kaj je zares pomembno za učinkovito PD obravnavo.

Literatura

- Anker, M. G., Duncan, B. L. in Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693.
- Bateson, G. (2019). *Ekologija idej*. Ljubljana: Beletrina in SFU Ljubljana
- Bischoff, R. J. in Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process*, 32(3), 353-375.
- Blow, A. J., Davis, S. D. in Sprenkle, D. H. (2012). Therapist–worldview matching: Not as important as matching to clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 13-17.
- Blow, A. J. in Karam, E. A. (2017). The therapist's role in effective marriage and family therapy practice: The case for evidence based therapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 716-723.
- 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, 298-317.
- Bögels, S. M. in Siqueland, L. (2006). Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 134-141.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*. New York: Brunner/Mazel.
- Byrne, M., Carr, A. in Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26(2), 105-125.
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 46-74.
- Carr, A. (2016). How and why do family and systemic therapies work?. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(1), 37-55.
- Chatoor, I. in Kurpnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(1), 19-25.
- Cottrell, D. (2003). Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression. *Journal of Family Therapy*, 25(4), 406-416.
- 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.
- D'Aniello, C. in Fife, S. T. (2020). A 20-year review of common factors research in marriage and family therapy: A mixed methods content analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(4), 701-718.
- D'Aniello, C. in Fife, S. T. (2017). Common factors' role in accredited MFT training programs. *Journal of Marital and Family therapy*, 43(4), 591-604.
- D'Aniello, C. in Perkins, S. N. (2016). Common factors come alive: Practical strategies for implementing common factors in MFT training. *Contemporary Family Therapy*, 38(2), 233-244.
- Davis, S. D. in Hsieh, A. L. (2019). What does it mean to be a common factors informed family therapist?. *Family Process*, 58(3), 629-640.
- Davis, S. D., Lebow, J. L. in Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36-48.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M. in Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353.

- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. in Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207-221.
- de Shazer, S. in Dolan, Y. (2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. New York: Routledge.
- Duncan, B. L. (2016). Foreword. V L. Isebaert (ur.), *Solution-focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model* (str. xliii-xlii). New York: Taylor & Francis.
- Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187.
- 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: American Psychological Association.
- Elkins, D. N. (2016). *The human elements of psychotherapy: A nonmedical model of emotional healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falloon, I. R. (2014). Behavioral Family Therapy. V A. S. Gurman in D. P. Kniskern (ur.), *Handbook of family therapy* (str. 65-95). New York: Taylor and Francis.
- Fife, S. T., D'Aniello, C., Scott, S. in Sullivan, E. (2019). Marriage and family therapy students' experience with common factors training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(2), 191-205.
- Fife, S. T., Whiting, J. B., Bradford, K. in Davis, S. (2014). The therapeutic pyramid: A common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 20-33.
- Flaskas, C. in Perlesz, A. (1996). *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. London: Karnac Books.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, B. (2003). The common factors that connect all approaches to family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 24(4), 225-227.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. in Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances with couples and families: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. in Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A. in Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214.
- Gelo, O. in Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. V A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter in B. Rieken, (ur.). *Universitäres Psychotherapiestudium: Der Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (str. 57-84). Lengherich: Pabst Science Publishers.
- 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.
- Griffith, J. L. (2013). Existential inquiry: Psychotherapy for crises of demoralization. *The European Journal of Psychiatry*, 27(1), 42-47.
- Haley, J. (1987). *Problem solving therapy* (2. izd.). San Francisco: Jossey Bass/Pfeiffer.
- Hampson, R. B. in Beavers, W. R. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Family Process*, 35(3), 347-361.
- Heatherington, L. in Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299-306.
- Helmeke, K. B. in Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: a qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 469-483.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365-372.

- 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. A., Duncan, B. L. in Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Imel, Z. E. in Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. V Brown, S. D. in Lent, R. W. (ur.). *Handbook of counseling psychology* (str. 249-266). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Jacobson, N. S. in Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Johnson, L. N. in Wright, D. W. (2002). Revisiting Bordin's theory on the therapeutic alliance: Implications for family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 257-269.
- Johnson, S. M. (1996). *Creating connection: The practice of emotionally focused marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. in Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(2), 135-152.
- 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 and Family Therapy*, 41, 136-149.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. in Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M. in Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245-257.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M. in Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442.
- Kobal, L. (2013). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 7(3), 63-85.
- Kuhn, T. S. (2012). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago press.
- 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, 467-481.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. V Norcross, J. C. in Goldstein, M. R. (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 94-129). New York: Basic Books.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. in Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
- McAleavey, A. A. in Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. V Gelo, O., Pritz, A. in Rieken, B. (ur.). *Psychotherapy research: foundations, process and outcome* (str. 293-310). Vienna: Springer
- McGeorge, C. R., Carlson, T. S. in Wetchler, J. L. (2015). The history of marriage and family therapy. V J. L., Wetchler in L. L. Hecker (ur.), *An introduction to marriage and family therapy* (str. 3-42). New York: Routledge.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. in Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Možina, M. (2011). Prispevek sistemske psihoterapije k evoluciji psihoterapije. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak J (ur.), *Psihoterapija* (str. 503-536), Ljubljana: IPSA.

- 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. (2020a). Zgodnja leta ptiča Dodo: Razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankovega kontekstualnega modela. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 15-61.
- Možina, M. (2020b). Uvodnik o skupnih dejavnikih in reflektivni psihoterapiji Grahama Barnesa. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 9-13.
- Možina, M. (2020c). Psihoterapija brez diagnoz in njen prispevek k družbeni pravičnosti: V spomin Grahama 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. in Barnes, G. (2020). Metalogue: How to Understand Bateson? In Memoriam Graham Barnes (1936-2020). *Constructivist Foundations*, 16(1), 101-107.
- Možina, M. in Latini, A. (2016). Hipnoanaliza in hipnopsihoterapija kot dialoški praksi. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(3-4), 163-191.
- Možina, M. in Rebolj, A. B. (2020). Od k rešitvi usmerjenega modela kratkotrajne psihoterapije do namerne prakse za doseganje psihoterapevtske odličnosti. V I. K. Berg in S. D. Miller, K. rešitvi usmerjena psihoterapija: Kako pomagati zasvojenim z alkoholom (str. 315-439). Ljubljana: UMco in Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.
- Muniz de la Pena, C., Friedlander, M. in Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they?. *Psychotherapy Research*, 19(2), 133-142.
- Nichols, M. P. in Schwartz, R. C. (2001). *Family therapy: Concepts and methods* (5. izd.). Boston: Allyn & Bacon.
- 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. (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.
- O'Farrell, T. J. in Fals-Stewart, W. F. (2002). Alcohol abuse. V D. H. Sprenkle (ur.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (str. 123-161). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- O'Farrell, T. J. in Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 121-146.
- Ogles, B. M., Carlston, D., Hatfield, D., Melendez, G., Dowell, K. in Fields, S. A. (2006). The role of fidelity and feedback in the wraparound approach. *Journal of Child and Family Studies*, 15(1), 115-129.
- Patterson, J., Williams, L., Edwards, T. M., Chamow, L. in Grauf-Grounds, C. (2018). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination*. New York: Guilford Publications.
- Pinsof, W. M. in Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Pinsof, W. M. in Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. E., Lebow, J. L., Knobloch-Fedders, L. M., Durbin, E., Chambers, A., Latta, T., Karam, E., Goldsmith, J. in Friedman, G. (2009). Laying the foundation for progress research in family, couple, and individual therapy: The development and psychometric features of the initial Systemic Therapy Inventory of Change. *Psychotherapy Research*, 19(2), 143-156.
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 211-224.
- Renshaw, K. D., Steketee, G. in Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.

- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F. in Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 534.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- Rus Makovec, M., (2004). Terapevtska delovna zveza (aliansa) v sistemski družinski psihoterapiji. V Praper, P., (ur.), Korenjak, R., (ur.). *Agresivnost: zbornik prispevkov* (str. 363-372). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Schiepek, G. (2008). Psihoterapija kot z dokazi podprt proces upravljanja. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(1-2), 7-32.
- Schwartz, R. C. (1995). *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Sexton, T. L. in Alexander, J. F. (2002). Family-based empirically supported interventions. *The Counseling Psychologist*, 30, 238-261.
- Sexton, T. L. in Alexander, J. F. (2003). Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, G. R. Weeks in M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. 323-350). New York: Brunner-Routledge.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F. in Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanism of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (str. 590-646). New York: Wiley.
- 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.
- Sexton, T. L., Robbins, M. S., Hollimon, A. S., Mease, A. L. in Mayorga, C. C. (2003). Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. V T. L. Sexton, G. R. Weeks in M. S. Robbins (ur.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (str. 264-347). New York: Brunner Routledge.
- Shadish, W. R. in Baldwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. V D. H. Sprenkle (ur.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (str. 339-379). Alexandria: American Association of Marriage and Family Therapy.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I. in Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 992-1002.
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R. in Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 343-358.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S. in Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689.
- Shirk, S. R. in Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.
- Simon, G. M. (2006). The heart of the matter: A proposal for placing the self of the therapist at the center of family therapy research and training. *Family Process*, 45, 331-344.
- Sparks, J. A. in Duncan, B. L. (2010). Common factors in couple and family therapy: Must all have prizes? V M. A. Hubble, S. D. Miller in B. E. Wampold (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (str. 357 - 391). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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., Blow, A. J. in Dickey, M. H. (1999). Common factors and other nontechnique variables in marriage and family therapy. In M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 329-360). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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: Guilford Press.
- Stanton, M. in Welsh, R. (2012). Systemic thinking in couple and family psychology research and practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 14.
- Stratton, P. (2011). The evidence base of systemic family and couples therapies. *United Kingdom: Association for Family Therapy*.
- Symonds, D. in Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 443-455.
- Tambling, R. B., Anderson, S. R. in Wong, A. G. (2016). Expectations about couple therapy over time. *Contemporary Family Therapy*, 38(4), 353-360.
- Tambling, R. B. in Johnson, L. N. (2010). Client expectations about couple therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 38(4), 322-333.
- Tambling, R. B., Wong, A. G., in Anderson, S. R. (2014). Expectations about couple therapy: A qualitative investigation. *The American Journal of Family Therapy*, 42(1), 29-41.
- Tilden, T., Wampold, B. E., Ulvenes, P., Zahl-Olsen, R., Hoffart, A., Barstad, B., Olsen, I. A., Gude, T., Pinsof, W. M., Zinbarg, R. E., Nilsen, H. H. in Håland, Å. T. (2020). Feedback in couple and family therapy: a randomized Clinical Trial. *Family Process*, 59(1), 36-51.
- Wampler, K. S., Blow, A. J., McWey, L. M., Miller, R. B. in Wampler, R. S. (2019). The profession of couple, marital, and family therapy (CMFT): Defining ourselves and moving forward. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(1), 5-18.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Ward, D. B. in Wampler, K. S. (2010). Moving up the continuum of hope: Developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 212-228.
- Watzlawick, P. (1994). *Da bi lažje bili nesrečni*. Celovec: Mohorjeva družba.
- Wetchler, J. L. in Hecker, L. L. (2014). *An introduction to marriage and family therapy*. New York: Routledge.
- White, M. in Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.