

Raziskovanje v psihoterapiji in integracija psihoterapevtskih pristopov

KARMEN URŠKA MODIC in GREGOR ŽVELC



Raziskovanje v psihoterapiji in integracija psihoterapevtskih pristopov

Avtorja: Karmen Urška Modic in Gregor Žvelc

Recenzenta: Urban Kordeš, Robert Cvetek

Lektor: Damjan Popič

Tehnično urejanje: Jure Preglau

Prelom: Nana Martinčič

Fotografija na naslovnici: Old style modern art, Azikiddo NFT collection © Amadej Žvelc

Založila: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani

Izdal: Oddelek za psihologijo

Za založbo: Mojca Schalmberger Brezar, dekanja Filozofske fakultete

Tisk: Birografika Bori, d. o. o.

Ljubljana, 2021

Prva izdaja, prvi natis

Naklada: 200 izvodov

Cena: 16,90 €

Knjiga je izšla s podporo Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije v okviru Javnega razpisa za sofinanciranje izdajanja znanstvenih monografij.



To delo je ponujeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva-Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca (izjema so fotografije). / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (except photographs).

Raziskovalni program P5-0110 je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

Prva e-izdaja. Publikacija je v digitalni obliki prosto dostopna na <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/>
DOI: 10.4312/9789610605287

Kataložna zapisa o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

Tiskana knjiga

COBISS.SI-ID=77506819

ISBN 978-961-06-0530-0

E-knjiga

COBISS.SI-ID=77402371

ISBN 978-961-06-0528-7 (PDF)

Kazalo vsebine

Prvi del

RAZISKOVANJE V PSIHOTERAPIJI

1	Uvod v metode raziskovanja psihoterapije	9
	Kvantitativne metode raziskovanja	12
	Instrumenti za merjenje izida terapije	13
	Kvalitativne metode raziskovanja	15
	Vrste kvalitativnih metod	16
	Kvalitativne metode raziskovanja procesov spremembe	21
	Zanesljivost in veljavnost kvalitativnih raziskav	25
2	Raziskovanje izidov psihoterapije	27
	Raziskovanje učinkovitosti skupnih faktorjev	28
	Dokazovanje učinkovitosti specifičnih faktorjev	31
	So učinkovitejši skupni ali specifični faktorji?	33
3	Raziskovanje procesov v psihoterapiji	39
	Raziskovanje povezanosti procesa terapije z izidi	39
	Raziskovanje terapevtskega delovnega odnosa	40
	Raziskovanje čustvenega procesiranja	48
	Kvaliteta čustvenega procesiranja, terapevtski odnos in izidi terapije	52
	Raziskovanje procesov in sprememb z vidika klientovega doživljanja	54
	Raziskovanje klientove izkušnje terapevtskega procesa	54
	Raziskovanje spodbujajočih in zaviralnih pomembnih dogodkov v terapiji	57

Drugi del

PSIHOTERAPEVTSKA INTEGRACIJA

4	Uvod v psihoterapevtsko integracijo	63
	Zgodovinski pogled na integrativno gibanje	64
	Vrste psihoterapevtske integracije	67
	Pristop skupnih faktorjev	67

Asimilativna integracija	68
Teoretska integracija.	68
Tehnični eklekticism	69
Skupni faktorji različnih psihoterapevtskih usmeritev.	69
Cilji psihoterapevtske integracije.	71
5 Modeli psihoterapevtske integracije	73
Modeli skupnih faktorjev.	74
Transteoretski model	74
Kontekstualni model.	77
Na kontekst odzivna psihoterapevtska integracija	79
Pristop formulacije primera	81
Model rekonsolidacije spomina	83
Modeli, utemeljeni na teoretski integraciji	86
V čustva usmerjena terapija	86
Terapija sprejemanja in predanosti.	88
6 Integrativna relacijska psihoterapija	91
Teorija osebnosti	94
Model jaza v odnosu.	94
Kontakt	95
Integrativni model ego stanj.	96
Življenjski načrt in skriptni sistem	101
Relacijske potrebe	104
Metode in tehnike dela	106
Relacijske metode	106
Proces integrativne relacijske psihoterapije	110
Intrapsihične metode	114
Tehnike dela	114
Na čuječnost in sočutje usmerjena integrativna psihoterapija	115
7 Raziskave psihoterapevtske integracije	119
Z dokazi podprta psihološka praksa in integracija psihoterapije	119
Raziskave modelov, utemeljenih na integraciji psihoterapije	122
Raziskava integrativne psihoterapije v Sloveniji	123

Učinkovitost integrativne relacijske psihoterapije	124
Spodbujajoči terapevtski dejavniki in spremembe v integrativni psihoterapiji.	125
Spremembe v enoletnem procesu integrativne psihoterapije . .	130
Prispevek raziskave k znanosti psihoterapevtske integracije . .	134
8 Zaključek.	135
Povzetek.	137
Summary	139
Literatura	141
Kazalo slik.	171
Imensko kazalo	173

Prvi del
RAZISKOVANJE
V PSIHOTERAPIJI

1 Uvod v metode raziskovanja psihoterapije

Na področju psihoterapije in njenega raziskovanja trenutno ni splošno sprejete definicije (Prochaska in Norcross, 2014). V nadaljevanju navajamo dve definiciji, ki obsegata pomembne elemente za opredelitev pojma psihoterapije in sta relativno nevtralni glede teoretskih izhodišč.

Wampold in Imel (2015) navajata, da je psihoterapija predvsem medosebna obravnava, ki temelji na psiholoških značilnostih in vključuje za to usposobljenega terapevta in klienta, ki glede določene težave išče pomoč. Terapevt želi klientu pomagati in svoje delovanje prilagodi njegovim težavam. Podobno (vendar bolj klinično obarvano) Prochaska in Norcross (2014) konceptualizirata psihoterapijo kot utemeljeno in namerno uporabo kliničnih metod in značilnosti medosebnega odnosa, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih, z namenom pomagati klientu, da v želeni smeri spremeni svoje vedenje, mišljenje, čustvovanje in/ali druge osebne lastnosti.

Na podlagi obeh navedenih definicij (Prochaska in Norcross, 2014; Wampold in Imel, 2015) lahko izpostavimo nekatere bistvene lastnosti psihoterapevtskega procesa, ki jih omenjata tudi Frank in J. B. Frank (1993):

- psihoterapija poteka primarno v medosebnem odnosu,
- terapevt je za opravljanje storitve strokovno usposobljen,
- klient verjame, da ima terapevt zadovoljivo mero znanja, da mu pri težavah lahko pomaga v želeni smeri,
- terapevt verjame v zdravilno učinkovitost svojega delovanja,
- proces se odvija po utemeljenih psiholoških principih.

Ker se področje psihoterapije sooča z velikim porastom psihoterapevtskih modalitet (Prochaska in Norcross, 2014), se hkrati sooča tudi s porastom

njenih opredelitev. Nekatere psihoterapevtske smeri se osredotočajo na poudarjanje svojih razlik, druge pa iščejo temeljno jedro, ki je različnim psihoterapijam skupno. V nadaljevanju bomo zajeli obe perspektivi kontinuuma.

Pregled področja psihoterapevtske prakse kaže na precejšnjo razdrobljenost in zmedo. Osupli smo lahko nad izborom, ki se nam ponuja. Izbira učinkovite in posamezniku ustrezne vrste psihoterapije se zazdi precej zapletena zadeva. Posameznik lahko izbira med poplavo psihoterapevtskih modalitet, ki se giblje nad številko 500 in se bo v prihodnje še povečevala (Prochaska in Norcross, 2014).

Vrste psihoterapije lahko poimenujemo in razvrstimo na različne načine glede na njihov: teoretski model (npr. vedenjska, sistemska, psihodinamska), obseg (npr. individualna, družinska, skupinska), dolžino (npr. kratkotrajne, dolgotrajne), globino (npr. globinske, podporne), pogostost obiskovanja in tudi glede na različne navedene kombinacije (Lambert, 2013a; Prochaska in Norcross, 2014). V klasifikacije seveda lahko vključujemo dodatne načine razvrščanja. V preteklosti je bil dialog med različnimi psihoterapevtskimi modeli pogostokrat omejen predvsem zaradi različnih epistemoloških izhodišč in nepropustnih meja teoretskega okvira posameznih vrst psihoterapije.

Zmedenost glede razdrobljenosti na področju psihoterapije lahko presežemo s primerjalno analizo psihoterapevtskih sistemov, pri čemer bomo našli njihove skupne točke in podobnosti, a hkrati ne bomo spregledali bistvenih razlik med njimi. Prochaska in Norcross (2014) sta v ta namen proučila petnajst glavnih psihoterapevtskih usmeritev v Združenih državah Amerike: vedenjsko, kognitivno, konstruktivistično, eklektično/integrativno, eksistencialno/humanistično, gestalt/izkustveno, medosebno, multikulturno, psihoanalitsko, psihodinamsko, Rogersovo/v klienta usmerjeno, sistemsko in ostale. Primerjala sta njihova izhodišča in značilnosti: teorije osebnosti, teorije psihopatologije, terapevtske procese, terapevtske vsebine, terapevtski odnos, praktične vidike izvedbe, njihovo učinkovitost, kritike, ki so jih deležne, in podobno. Izbrala sta klinični primer, ga analizirala in prikazala praktično »izvedbo« vsake izmed smeri. Na koncu posamezne analize sta usmeritev primerjala in jo ovrednotila z vidika integrativnega modela. Na ta način sta prikazala »globino in vrednost« posamezne smeri: kaj je pri posameznem sistemu uporabnega in katero znanje predstavlja dodano vrednost, zaradi katere ga je z vidika integrativnega modela smiselno usvojiti. Podala sta tudi kritiko in navedla pomanjkljivosti smeri z vidika integrativnega modela. Uporabo integrativnega modela sta utemeljila na podlagi

raziskav, ki kažejo, da je integracija najbolj priljubljena smer med poklici, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem (Prochaska in Norcross, 2014). Približno od leta 1990 integrativno gibanje pridobiva vse več zagovornikov; integrativna smer predstavlja večinsko usmeritev in prevladujoč trend sodobne psihoterapije (Norcross, 2005).

Tudi v Sloveniji obstaja precej psihoterapevtskih usmeritev. V knjigi *Psihoterapija*, ki so jo uredili Žvelc in sodelavci (2011), je predstavljenih trinajst terapevtskih smeri, ki so v Sloveniji prevladujoče: psihoanaliza in psihoanalitična psihoterapija, skupinska analiza, psihodinamska psihoterapija, vedenjsko-kognitivna terapija, logoterapija, realitetna terapija, psihodrama, gestalt terapija, transakcijska analiza, transpersonalna psihoterapija, sistemska psihoterapija, integrativna terapija po Hilarionu Petzoldu in integrativna psihoterapija po Richardu Erskinu s sodelavci.

Poplava in naraščanje psihoterapevtskih modelov lahko predstavljata težavo pri razumevanju delovanja in učinkovitosti psihoterapije. Frank in Frank (1993) izpostavljata, da so psihoterapija in njene raznovrstne psihoterapevtske metode le izpeljanke starodavnih načinov psihološkega zdravljenja (npr. plemensko zdravljenje). Značilnosti, ki razločujejo različne psihoterapevtske modalitete, so produkt današnje izrazito konkurenčno usmerjene družbe. Psihoterapevti poudarjajo različnost in večjo učinkovitost psihoterapevtske metode in modalitete, ki jo uporabljajo, malo pozornosti pa namenijo dejavnikom in sestavinam, ki so različnim psihoterapevtskim metodam in modalitetam skupne. Vneto izpostavljanje in dokazovanje večje učinkovitosti posameznih psihoterapevtskih modelov je glede na navedbe avtorjev (Hubble idr., 2014) že v zatonu. Nove raziskave gredo v smeri iskanja skupnih ciljev, teorij in tehnik različnih psihoterapevtskih modelov in razvijanja novega polja, na katerem bosta možna sodelovanje in integrativni pristop (Feixas in Botella, 2004).

Če se vrnemo k razlikam v teoretičnih izhodiščih in iz njih izhajajočim metodam dela, s katerimi želijo posamezne oblike psihoterapije razreševati klientove psihološke težave po psiholoških poteh, pa ugotovimo, da obstaja osrednje temeljno jedro, ki je skupno vsem oblikam psihoterapije. To so nespecifični ali skupni dejavniki, ki so skupni vsem psihoterapevtskim modelom. Teoretska izhodišča, na katerih temeljijo terapevtske modalitete, velikokrat skupnim faktorjem ne posvečajo potrebne pozornosti, vendar pa raziskave učinkovitosti kažejo na njihovo osrednjo vlogo (Duncan idr., 2014; Lambert, 2013a; Norcross in Goldfried, 2005; Prochaska in Norcross, 2014; Wampold in Imel, 2015). Dejavniki, ki so različnim

psihoterapevtskim usmeritvam skupni, predstavljajo temelj integrativnega gibanja, ki ga bomo opisali v tej knjigi.

V tem poglavju se bomo osredotočili na različne metode raziskovanja psihoterapije. Raziskovanje psihoterapije lahko v grobem razdelimo na dva dela (Crits-Christoph idr., 2013; Elliott, 2012; Lambert, 2013a; McLeod, 2013):

- raziskovanje *IZIDOV* (angl. *outcome research*), ki se ukvarja z obsegom spremembe v terapiji in poskuša odgovoriti na vprašanje, »ali« psihoterapija deluje in v »kolikšni meri« deluje. Pri tem se opira na kvantitativne metode raziskovanja;
- raziskovanje *PROCESOV* (angl. *process research*), ki raziskuje, »kaj« se znotraj psihoterapevtskega procesa dogaja. Uporablja tako kvalitativno kot kvantitativno metodologijo raziskovanja.

Obstajajo pa tudi kombinirane raziskave, ki dogajanje znotraj terapevtskega procesa povežejo z izidom terapije. Na primer: raziskave *PROCESOV SPREMEMBE* (angl. *change process research*), ki pojasnjujejo, »kako in zakaj« prihaja do sprememb. Uporabljajo pretežno kvalitativno in mešano metodologijo raziskovanja (Elliott, 2012).

Z raziskovanjem psihoterapije želimo razširiti obseg znanja o psihoterapevtskih procesih in izidih. Klientom želimo ponuditi optimalen način zdravljenja z optimalno prilagojeno terapijo glede na njihove težave.

Kvantitativne metode raziskovanja

Kvantitativne metode raziskovanja, ki se opirajo na številčne podatke in statistične analize, že vrsto let predstavljajo prevladujočo paradigmo v raziskovanju psihoterapije. Kvantitativne metode raziskovanja so orodja, ki omogočajo proučevanje povezav med klientom, terapevtom, procesom terapije, zunanjimi dejavniki klienta, klientovim napredkom znotraj in zunaj terapije ter ugotavljanje izida na koncu terapije, kot tudi po preteku določenega časa. Omogočajo tudi agregiranje in integriranje ugotovitev preteklih raziskav (npr. metaanalize) ter razvijanje novih in izboljševanje obstoječih orodij za raziskovanje psihoterapije (Lutz in Hill, 2009).

Raziskovanje učinkovitosti psihoterapije se z metodološkega vidika deli na dve veliki skupini raziskav: raziskave učinkovitosti psihoterapije tipov *efficacy* in *effectiveness* (Lambert, 2013b). Oba izraza označujeta raziskave učinkovitosti, vendar jih v slovenski jezik ne moremo ustrezno pomensko prevesti, zato bomo uporabili opisna izraza. Raziskave *efficacy* opredeljujemo

kot raziskave učinkovitosti v laboratorijskih pogojih, raziskave *effectiveness* pa kot raziskave učinkovitosti v realnih (naravnih) pogojih (Masten, 2018).

Raziskave učinkovitosti v laboratorijskih pogojih se izvajajo kot randomizirane klinične raziskave (angl. *randomized clinical trials*, RCT), pri čemer spremenljivke strogo nadzorujejo, da bi lahko vzročno zaključevali in poročali o vzročnih povezavah med terapijo in izidom. Notranjo veljavnost eksperimentalnega načrta dosegajo z vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji za udeležence raziskave, z uporabo priročnikov pri izvedbi terapije, s terapevtsvo zadovoljivo strokovno usposobljenostjo, redno supervizijo in sledenjem protokolu pri izvajanju terapije ter z naključnim razporejanjem klientov v eksperimentalno in kontrolno skupino (Lambert, 2013b).

Raziskave učinkovitosti v realnih pogojih poudarjajo zunanjo veljavnost eksperimentalnega načrta. Klienti običajno niso strogo selekcionirani, način izvajanja terapije je manj nadzorovan in terapija poteka na običajen način. Gre za evalvacijo psihoterapevtske obravnave klientov v realnih kontekstih. V raziskavo so običajno vključeni klienti, ki potrebujejo psihoterapevtsko obravnavo, neodvisno od njihove diagnoze, komorbidnosti ali dolžine trajanja psihičnih težav. Terapevti običajno ne izvajajo točno specifičnega protokola, obravnavo pa določajo klinične okoliščine in ne raziskovalni načrt. Klientom se ne prikriva, v katero skupino ali vrsto obravnave so vključeni (Lambert, 2013b).

Elliott (2012) meni, da randomizirane klinične raziskave (RCT), ki jih uvrščamo med raziskave tipa *efficacy*, kljub vsem pogojem, ki jih izpolnjujejo, ne zadoščajo pogojem z dokazi podprte prakse (angl. *evidence-based practice*, EBP). Osredotočajo se le na vzpostavljanje in potrjevanje vzročnih povezav med intervencijami terapije in klientovimi spremembami, ne navajajo pa narave te povezanosti. Ugotovitve, da se vrsta terapije vzročno povezuje s pozitivnim klientovim izidom, še ne prikažejo, kaj v terapiji deluje in kaj klienti uporabijo, da pride do spremembe. V ta namen potrebujemo raziskave procesa spremembe. Prava, z dokazi podprta terapija (EBP) bi morala temeljiti na različnih vrstah dokazov njene učinkovitosti.

Instrumenti za merjenje izida terapije

Raziskave učinkovitosti uporabljajo različne psihometrične instrumente, ki se lahko usmerjajo na specifično področje, ki zanima raziskovalca, ali pa merijo bolj globalni izid psihoterapije. Pogosteje uporabljeni instrumenti, ki se usmerjajo na specifično področje so instrumenti, ki merijo depresivnost

(npr. Beckova lestvica depresivnosti – BDI-II; Beck idr., 1996), anksioznost (npr. Vprašalnik anksioznosti STAI-Y; Spielberger idr., 1983), medosebne odnose (npr. Vprašalnik medosebnih problemov – IIP-32; Alden idr., 1990), travmatski stres (npr. Lestvica vpliva dogodka – IES; Horowitz idr., 1979) in številni drugi. Med pogosteje uporabljenimi instrumenti, ki pa se usmerjajo na globalni izid terapije pa so npr. Lambertov vprašalnik izida (OQ-45) (Lambert idr., 1996) in Vprašalnik evalvacije terapevtske obravnave – vprašalnik izida (CORE-OM) (Evans idr., 2002). Zadnji vprašalnik je preveden in validiran na slovenskem vzorcu (Freljih idr., 2015; Modic, 2019), zato ga bomo tudi podrobneje predstavili.

Vprašalnik evalvacije terapevtske obravnave – vprašalnik izida (CORE-OM)

Eden izmed vprašalnikov, ki se uporablja za evalvacijo izida terapije, je Vprašalnik evalvacije terapevtske obravnave – vprašalnik izida (angl. »Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure«, CORE-OM) (Evans idr., 2002). Slovensko priredbo vprašalnika so razvili Freljih idr. (2015). CORE-OM je standardiziran, zanesljiv in veljaven vprašalnik, namenjen ugotavljanju učinkovitosti psihoterapevtske obravnave ali evalvaciji posameznikovega psihičnega počutja pred psihoterapijo in po njej. Priporočena je tudi aplikacija v času trajanja terapije, kar omogoča spremljanje njenega poteka (Elfström idr., 2012; Evans idr., 2002; Jokić-Begić idr., 2014; Palmieri idr., 2009). Gre za samoocenjevalni vprašalnik, pri katerem udeleženec na postavke o pogostosti pojavljanja psiholoških težav in določenega počutja v preteklem tednu odgovarja na 5-stopenjski lestvici (0 – nikoli, 1 – samo občasno, 2 – včasih, 3 – pogosto, 4 – večino časa ali ves čas).

Postavke zajemajo naslednja področja posameznikovega življenja (Evans idr., 2002): subjektivno blagostanje (4 postavke), problemi/simptomi (12 postavk), vsakodnevno funkcioniranje (12 postavk) in tvegano vedenje (do sebe in drugih) (6 postavk). Podajamo opise visokega rezultata na posameznih lestvicah.

Subjektivno blagostanje (angl. *subjective well-being*) se nanaša na nizko stopnjo subjektivnega zadovoljstva, na nizko stopnjo optimističnega pogleda na prihodnost ter na visoko stopnjo občutkov žalosti in preplavljenosti s težavami. Postavka *Problemi/simptomi* (angl. *problems/symptoms*) se nanaša na visoko stopnjo občutkov napetosti, nemira in tesnobe, občutkov obupa in krivde, pomanjkanja energije in navdušenja, telesnih bolečin, vsiljivih misli in občutkov, občutkov panike ali groze, težav s spanjem. *Vsakodnevno funkcioniranje* (angl. *life functioning*) se nanaša na visoko stopnjo občutkov

osamljenosti, občutkov kritiziranosti in osramočenosti s strani drugih, pomanjkanje prijateljev, visoko razdražljivost v odnosih, nizko podporo socialne mreže, nizko obvladovanje težavnih situacij, nizko zmožnost pogovora z drugimi, nizko stopnjo zadovoljstva s svojimi dejanji, nizko stopnjo občutkov naklonjenosti in topline do drugih in nizko vsakodnevno učinkovitost. *Tvegano vedenje* (do sebe in drugih) (angl. *risk/harm*) označuje visoko stopnjo fizičnega nasilja do drugih, groženj in ustrahovanja drugih, visoko stopnjo resnega ogrožanja svojega zdravja in življenja, razmišljanja o samopoškodovanju in samomoru (Evans idr., 2002).

Pri vrednotenju so končni rezultati povprečni rezultati vseh postavk, ki sodijo na določeno področje, s čimer dobimo štiri končne rezultate. Evans in sodelavci (2002) so predlagali tudi *skupni rezultat*, ki predstavlja povprečje vrednosti vseh 34 postavk, in *skupni rezultat brez področja tveganega vedenja*, ki predstavlja povprečje vrednosti 28 postavk. Višje povprečje na lestvicah nakazuje višji distress pri udeležencu. Različne raziskave poročajo, da je CORE-OM psihometrično ustrezen instrument za uporabo v klinični praksi (Elfström idr., 2012; Evans idr., 2002; Jokić-Begić idr., 2014; Palmieri idr., 2009).

Kvalitativne metode raziskovanja

V zadnjem času so v porastu kvalitativne in mešane metode raziskovanja psihoterapije, ki povzemajo nekatere humanistične kvalitete raziskovanja (Lutz in Hill, 2009). Nezadovoljstvo s kvantitativno metodologijo raziskovanja psihoterapevtskega procesa se je pojavilo že okoli leta 1970 (npr. Goldman, 1976). Raziskovalci, ki so želeli objaviti svoje raziskave, so morali uporabljati merske pripomočke, ki so zanesljivo in veljavno merili vidno opažene pojave, in zaradi tega je velikokrat prišlo do raziskovanja manj relevantnih vsebin, zanemarjali pa so kopico klinično bogatih podatkov. Na drugi strani so si raziskovalci psihoterapije začeli izposojati kvalitativne metode s področja izobraževanja in antropologije, nekateri pa so začeli sami razvijati raziskovalne pristope, uporabne za raziskovanje psihoterapije (Lutz in Hill, 2009).

Kvalitativne metode so v raziskovanju psihoterapije v porastu in pridobijo vse večjo veljavo. Po njih posegamo, če je v ospredju raziskovanje pomena in posameznikove subjektivne izkušnje in ne testiranje konceptov ali hipotez za kar so bolj ustrezne kvantitativne metode. Kvalitativne metode temeljijo na intervjujih, fokusnih skupinah, transkriptih terapevtskih srečanj in metodah opazovanja.

Kvalitativno raziskovanje vodi do boljšega razumevanja klientovega doživljanja, k razumevanju njegove fenomenološke izkušnje, ki jo klient osmisli s svoje perspektive. Na podlagi tega razvita teorija je utemeljena v polju, ki ga raziskuje. Na drugi strani pa kvantitativno raziskovanje vodi v testiranje hipotez in vzročnih povezav, k ocenjevanju zanesljivosti, veljavnosti in faktorske strukture merskih instrumentov ter k ugotavljanju stopnje posplošljivosti dobljenih rezultatov (Elliott idr., 1999). Pristopa imata svoje prednosti in pomanjkljivosti, predvsem pa različno prioriteto pri raziskovanju (Arnkoff idr., 1996). Vrednost katerekoli metode merjenja je treba ocenjevati v luči njene zmožnosti, da odgovori na raziskovalčevo vprašanje s pomensko uporabnimi odgovori. Ocenjevanje kvalitativne metode raziskovanja na podlagi standardov kvantitativnega raziskovanja je napačno. Prav tako ne gre za metodo »brez metode«, temveč je dobro in korektno izvedena kvalitativna raziskava zelo zahtevno in časovno potratno delo (Elliott idr., 1999).

Vrste kvalitativnih metod

Obstajajo številne kvalitativne metode, ki so namenjene različnim ciljem pri raziskovanju psihoterapije. Dallos in Vetere (2005) različne kvalitativne metode, uporabljene v psihoterapevtskih raziskavah, delita v naslednje skupine:

1. Interpretativna tematska analiza (angl. *interpretative thematic analysis*). Pri tej skupini metod skuša raziskovalec razumeti posameznikovo izkušnjo s pozicije udeleženca in želi pri tem odkriti temeljne teme in vsebine udeleženčeve izkušnje. V to skupino avtorja uvrščata utemeljeno teorijo (angl. *grounded theory*) in interpretativno fenomenološko analizo (angl. *interpretative phenomenological analysis* – IPA), ki sta med najbolj uporabljenimi kvalitativnimi metodami raziskovanja psihoterapije. Glavna razlika med tema metodama je, da pri utemeljeni teoriji raziskovalec skuša razviti teorijo, ki jo lahko generaliziramo na širšo populacijo, pri interpretativni fenomenološki analizi pa je cilj bolj deskriptivna in lokalna teorija (Dallos in Vetere, 2005). Obe metodi največkrat temeljita na intervjujih, s katerimi želimo zajeti udeleženčevo izkušnjo o določenem vidiku njegove izkušnje.
2. Analiza diskurza (angl. *discourse analysis*). Izhaja iz premise, da je človeška izkušnja konstruirana v interakciji in konverzaciji z drugimi osebami (Dallos in Vetere, 2005). Razumevanje in razlage

niso videne kot nekaj nujno stabilnega, ampak kot nekaj, kar je konstruirano v različnih situacijah in odnosih z drugimi. Z analizo diskurza skuša raziskovalec raziskati, kako so določene vsebine konstruirane v govoru, njihovo variabilnost ter retorične aspekte in funkcije govora v kontekstu interakcije (Georgaca in Avdi, 2012). V psihoterapiji se analiza diskurza največkrat uporablja, ko želimo raziskati, kako je prišlo do transformacije pomena tekom terapije, pri raziskovanju pogajanja med klientom in terapevtom v smislu odgovornosti in pri raziskovanju moči in odporov (Georgaca in Avdi, 2012).

3. Narativna analiza (angl. *narrative analysis*). Te metode raziskovanja skušajo raziskati zgodbe, ki jih ljudje imajo o svojem življenju, in kako te zgodbe oblikujejo njihovo identiteto in občutek sebe (Dallos in Vetere, 2005). Obstajajo različne metode narativne analize, imajo pa skupno lastnost, da skušajo spodbuditi udeležence k pripovedovanju svojih zgodb. Na področju psihoterapije se lahko raziskovalec npr. usmeri v raziskovanje zgodb, ki jih imajo klienti v povezavi z duševno motnjo, s katero se soočajo. Pri tem raziskovalec spodbuja udeleženca, da podeli svojo življenjsko zgodbo v povezavi s težavo, s katero se sooča. Pri analizi zgodb pa raziskovalca zanima, kako je zgodba strukturirana, kako je jezik uporabljen in povezava z ostalimi izkušnjami (Murray in Sargeant, 2012).
4. Kvalitativno opazovanje (angl. *qualitative observation*). Te metode raziskovanja se usmerjajo na raziskovanje fenomenov prek opazovanja. Pri tem so raziskovalci lahko udeleženi v aktivnosti, ki jih opazujejo, ali pa so zgolj pasivni opazovalci. Kvalitativno opazovanje se ne usmerja samo na verbalno dimenzijo, ampak tudi na vedenje, odločitve in odnose z drugimi (Dallos in Vetere, 2005). Lahko se usmerja na detajlno analizo neverbalnih znakov, kot so kretnje, izrazi obraza, ton glasu in paralingvistične značilnosti (nasmeš, pokašljevanje, vzdihovanje ...). Kvalitativno opazovanje je lahko usmerjeno na posameznika ali pa skupine. Pogosto se usmerja na raziskovanje interakcije med pari ali pa družinske dinamike.
5. Študija primera (angl. *case study*). Študija primera skuša podati podrobno in celostno analizo kliničnega primera. Študija primera lahko vključuje različne vire podatkov, ki se lahko pridobijo prek opazovanja, intervjuja, analize terapevtskega srečanja in zapiskov terapije. Lahko se uporabljajo tudi kvantitativni podatki, pridobljeni z različnimi psihološkimi instrumenti. K podatkom lahko

prispevajo različne osebe, kot so družinski člani, psihoterapevt, klient sam in raziskovalec. Študija primera v psihoterapiji je velikokrat longitudinalna in prikazuje, kako se je sprememba zgodila prek določenega časovnega obdobja.

Utemeljena teorija

Metoda utemeljene teorije je kvalitativni raziskovalni pristop, uporaben tudi za raziskovanje psihoterapije (Tweed in Charmaz, 2012). Utemeljena teorija predstavlja eno najpogostejših kvalitativnih metod, ki so uporabljene v psihoterapiji, zato jo bomo podrobneje predstavili. Poleg tega so iz utemeljene teorije izšle številne izpeljanke, ki se uporabljajo pri raziskovanju psihoterapije.

V šestdesetih letih sta sociologa Glaser in Strauss (2008) zaznala potrebo po utemeljeni teoriji. Med raziskovanjem umiranja v bolnišnicah sta razvila sistematične metodološke strategije, ki se lahko uporabljajo za razvijanje teorij in predvsem za razlaganje socialnih procesov. Navedla sta ključne komponente utemeljene teorije (Glaser in Strauss, 2008):

- ciklično in/ali sočasno zbiranje podatkov, njihovo kodiranje, analiziranje, zapisovanje, oblikovanje, teoretsko kategoriziranje in vnovično zbiranje podatkov;
- nenehna primerjalna analiza primerov med seboj in glede na teoretske kategorije;
- proces teoretičnega vzorčenja izhaja iz kategorij, ki smo jih razvili iz analiziranih podatkov;
- velikost vzorca se določi na podlagi »teoretske saturacije« kategorij;
- teorija se razvija induktivno iz podatkov;
- kode izvirajo iz podatkov in niso vnaprej določene;
- teorija vključuje vse variacije podatkov in njihove pogoje; poročanje o teoriji je analitični izdelek in ne le gol opis.

Strauss in Corbin (1998) in Corbin in Strauss (2008) sta se v svoji različici utemeljene teorije osredotočila predvsem na tehnike in procese za njeno razvijanje. Govorita o odprtem (angl. *open*), osnem (angl. *axial*) in izbirnem (angl. *selective*) kodiranju, ki pomeni razvoj konceptov na podlagi podatkov. S svojo različico metode kvalitativnega raziskovanja sta želela pogledati na proučevane pojave s perspektive udeležencev raziskave. Zanimalo ju je, kako osebe dogodke doživljajo in kakšen pomen jim pripisujejo. Izpostavita senzitivnost raziskovalca v nasprotju z njegovo objektivnostjo.

Kathy Charmaz (2006) je trenutno ena vodilnih avtoric na področju raziskovanja utemeljene teorije. Izhaja iz predhodnih avtorjev metode utemeljene teorije in perspektive simboličnega interakcionizma ter podaja svoj pogled na proces oblikovanja utemeljene teorije. Avtorica govori o začetnem, fokusiranem, osnem in teoretičnem kodiranju.

- *Začetno kodiranje* (angl. *initial coding*) zbranih podatkov zajema poimenovanje besed, vrstic ali pomenskih enot ali navedkov (angl. *quotation*) zapisanega besedila. Predstavlja temelje analize, na katerih bo zgrajena teorija. V podatkih iščemo »aktivnosti« in zaželeno je, da navedke poimenujemo z glagolniki. Začetne kode so začasne in okvirne, saj še naprej ostajamo odprti za nadaljnje analitične možnosti in oblikovanje kod, ki se bodo vsebinsko še bolje prilegale navedkom in obratno. Posamezna pomenska enota lahko pripada različnim kodam, če je v njej zaslediti elemente različnih kod. Lahko se zgodi, da v tej fazi kodiranja vidimo, da nam primanjkuje potrebnih podatkov. Prednost utemeljene teorije je ravno v tem, da manjkajoče podatke dodatno pridobimo. Sočasno analiziranje in zbiranje podatkov nam pomaga, da gremo čim globlje v raziskovalni problem kot tudi v razvijajoče se kategorije. Pri tem si pomagamo tudi s pisanjem *zaznamkov* (angl. *memos*), kar nam pomaga pri kasnejšem elaboriranju kategorij, njihovih značilnosti in odnosov med njimi. V vseh fazah analize podatke primerjamo med seboj in ugotavljamo podobnosti in razlike.
- *Fokusirano kodiranje* (angl. *focused coding*) pomeni, da najznačilnejše in/ali pogoste kode, ki so za našo analizo najpomembnejše, kategoriziramo in jih vključimo v nadaljnjo analizo. Te kode sintetizirajo in pojasnijo največji del naših podatkov.
- V fazi *osnega kodiranja* (angl. *axial coding*) povezujemo kategorije in podkategorije in določamo njihove značilnosti in dimenzije. Podatke, ki smo jih v fazi začetnega kodiranja drobili, sedaj združujemo v koherentno celoto. Gradimo odnose okoli »osi« posamezne kategorije in odgovarjamo na vprašanja »kdaj, kje, zakaj, kdo, kako in s kakšnimi posledicami«. Na ta način konceptualno (in ne le opisno) povezujemo kategorije.
- *Teoretično kodiranje* (angl. *theoretical coding*) je sofisticirana stopnja kodiranja ali opredeljevanja, pri kateri sledimo kodam, ki smo jih izbrali med fokusiranim kodiranjem, in še podrobneje opredeljujemo odnose med kategorijami in podkategorijami. Lahko je podobno kodiranju po osi. V vseh fazah kodiranja pišemo zaznamke, ki jih potem razvrščamo in integriramo v koncepte in gradnjo teorije. S pisanjem zaznamkov raziskujemo ideje, ki jih imamo glede oblikovanih kategorij. Gre za delne in preliminarne ideje.

Utemeljena teorija predpostavlja, da raziskovalci pričnemo svojo študijo z določenimi raziskovalnimi interesi in zbirko splošnih konceptov. Ti koncepti zagotovijo ideje, ki nam omogočijo, da senzitivno izvedemo intervjuje o določeni temi. Gre za koncepte, ki senzibilizirajo raziskovalce, tako da naj bi se jih ti zavedali in hkrati ostajali odprti za nove ideje in poglede (Charmaz, 2006).

V raziskavi sledimo teoretičnemu vzorčenju, kar pomeni, da iščemo manjkajoče podatke, da bi razvili porajajočo se teorijo. Glavni namen takšnega vzorčenja je opredeljevanje, dodelovanje in prečiščevanje kategorij. Vzorčenje zaključimo, ko z dodajanjem novih podatkov ne prispevamo k opredeljevanju kategorij (Charmaz, 2006; Tweed in Charmaz, 2012).

Čeprav metodo utemeljene teorije opisujemo kot linearen proces, ki se zaključi z refleksijo in zapisom celotnega procesa ter teorijo, ki iz tega izhaja, pa sam proces dela ni linearen. Raziskovalec že od samega začetka sočasno zbira podatke in jih tudi analizira. S pomočjo metode raziskovalec spoznava in se uči o svetu udeležencev in razvija teorijo, da bi ta svet bolje razumel (Charmaz, 2006). Glaser in Strauss (2008) govorita o odkritju teorije, ki je utemeljena v podatkih, medtem ko Charmaz (2006) predpostavlja, da ne gre za odkritje, ampak za konstrukcijo teorije, katere del je tudi raziskovalec sam s svojim razumevanjem, izkušnjami in odnosi. Rezultat dela je analitična interpretacija raziskovanega pojava udeležencev in procesov, ki razlagajo nastajanje teh pojavov (Charmaz, 2006).

Utemeljena teorija je pristop, nadreden številnim drugim metodam in zelo pogosto uporabljen v različnih družbenih vedah, med drugim tudi v psihoterapiji. Na področju psihoterapije je prišlo do razvoja novih prilagojenih oblik metode utemeljene teorije, kakršno je na primer v svoji raziskavi uporabil Rennie (2006). Na vzorcu štirinajstih klientov je »iz trenutka v trenutek« spremljal njihovo izkušnjo terapevtskega srečanja. Izvedel je intervju priklica trenutkov terapevtske izkušnje s pomočjo predvajanja posnetkov terapevtske ure. Tako je prišel do vpogleda v klientovo doživljanje. Glede na klasično obliko metode utemeljene teorije, kot sta jo predlagala njena avtorja Glaser in Strauss (2008), se teorija gradi na podlagi razvijajočih se kod prek procesa neprestanega primerjanja. Rennie (2006) je skupaj s študijsko skupino razvil različico klasične metode neprestanega primerjanja, po kateri zapise intervjujev razkosa v pomenske enote in interpretira pomen vsake pomenske enote. Kategoriziranje se izvede takoj in ne prek kodiranja in šele potem kategoriziranja.

V svetovanju in psihoterapiji je v zadnjem času zelo aktualno konsenzualno kvalitativno raziskovanje (angl. *consensual qualitative research (CQR)*; Hill idr., 2005). Konsenzualno kvalitativno raziskovanje izhaja iz utemeljene teorije in tudi drugih kvalitativnih pristopov, kot sta fenomenološka metoda in poglobljena analiza procesa (Hill idr., 2005). Za konsenzualno kvalitativno raziskovanje je značilna vključitev več ocenjevalcev, ki izvajajo analizo podatkov, s čimer se pridobi različne perspektive o pomenu podatkov. Temelj konsenzualnega raziskovanja je vzpostavljanje konsenza med različnimi ocenjevalci o pomenu podatkov in vsaj en revizor, ki preveri delo primarnega tima ocenjevalcev in minimalizira vpliv skupinskega mišljenja primarnega tima.

Skladna s principi konsenzualnega kvalitativnega raziskovanja je tudi Wardova metoda (angl. *Ward method*) (Schielke idr., 2009), ki predstavlja iterativen pristop pri doseganju soglasja ob kvalitativni analizi podatkov in konceptualiziranju procesov. Upošteva se vidik vsakega od raziskovalcev, ki delujejo izmenjujoče skupinsko in samostojno.

Kvalitativne metode raziskovanja procesov spremembe

Raziskave procesov psihoterapije Elliot (2012) razdeli na dve večji skupini: a) kvantitativne raziskave, ki se usmerjajo na povezanost procesov v terapevtskem srečanju z izidi terapije in b) kvalitativne raziskave procesov spremembe. Čeprav obstajajo številne psihološke teorije o tem, kaj prinaša spremembe, pa relativno malo vemo o tem, kako dejansko prihaja do sprememb. Raziskave kažejo, da je klient aktivni udeleženec terapije in tisti, ki omogoči, da terapija deluje. Klient igra zelo pomembno vlogo v terapevtskem procesu in pri doseganju spremembe (Rodgers, 2003). Če želimo razumeti, kako klienti »uporabijo« terapevtske intervencije ali proces terapije, da pride do sprememb, je treba poseči po kvalitativni metodologiji (Elliott, 2012), po drugi strani pa se lahko kvantitativne in kvalitativne metode raziskovanja psihoterapije dopolnjujejo (Arnkoﬀ idr., 1996).

Kvalitativne raziskave procesov terapije se vrtijo okoli raziskovalnega vprašanja, kako prihaja do sprememb znotraj procesa terapije. Osrednje vprašanje se deli na posamezna podvprašanja, od česar je odvisen tudi izbor raziskovalnega pristopa (Elliott, 2012). Če se raziskava osredotoča na dejavnike (npr. klientove, terapevtove, odnosne), ki pripomorejo h klientovi spremembi, potem gre za *raziskave spodbujajočih dejavnikov*. Če raziskujemo, katero ali kakšno terapevtovo odzivanje olajšuje določene klientove procese in na kakšen način, potem gre za *raziskave analiz*

mikroprocesov. Če se raziskava osredotoča na dogajanje v pomembnih sekvencah terapevtske spremembe, gre za *raziskave pomembnih dogodkov*. Kvalitativno raziskovanje procesa spremembe razlaga tudi vlogo oseb v terapevtskem procesu. Raziskuje, kateri terapevtovi in klientovi procesi ali procesi odnosa (npr. veščine, vedenja, vsebine, dejanja) pripomorejo h klientovi spremembi.

Pri raziskovanju procesov psihoterapije se lahko uporabljajo različne že omenjene kvalitativne metode. Poleg teh metod pa so raziskovalci psihoterapije razvili tudi metode analize kvalitativnih podatkov, ki so namenjene izključno raziskovanju procesov sprememb v terapiji:

1. Analiza naloge (angl. *task analysis*) (Pascual-Leone idr., 2009), ki združuje kvalitativni in kvantitativni pristop pri analizi podatkov za ugotavljanje klientovega procesa spremembe. Analiza naloge vključuje detajlno študijo specifičnih nalog, ki jih izvajajo psihoterapevti (npr. razreševanje notranjega konflikta s pomočjo tehnike dveh stolov) (Greenberg, 1992). Pri analizi naloge se predvideva, da pomembni dogodki pri izvajanju specifične naloge vključujejo: a) *označevalec* (angl. *marker*), ki signalizira klientovo pripravljenost za delo na določeni terapevtski nalogi, b) *klientov model izvedbe*, ki vključuje korake, skozi katere morajo iti klienti, da pridejo do razrešitve specifične naloge, c) *terapevtove odzive*, ki spodbudijo klientovo izvedbo in razrešitev naloge, d) *razrešitev naloge* v obliki pomembne terapevtske spremembe (npr. pri razreševanju notranjega konflikta klient integrira nasprotujoče si želje) (Elliot, 2012).
2. Poglobljena analiza procesa (angl. *comprehensive process analysis*; Elliott idr., 2001). Poglobljena analiza procesa je kvalitativna metoda za analizo pomembnih dogodkov v psihoterapiji. Pri tem se skuša razumeti: a) kontekst, v katerem se pomembni dogodek pojavi (npr. terapevtska aliansa), b) pomembne značilnosti dogodka (npr. terapevtova interpretacija) in c) vpliv dogodka (npr. uvid) (Elliott in Shapiro, 1992). Metoda vključuje različne kvalitativne ocenjevalce in uporabo kvantitativnih podatkov z namenom potrditve klinične pomembnosti dogodkov (Elliott in Shapiro, 1992).
3. Kritično-reflektivna metoda ali študija je metodološko mešan novejši pristop, ki proučuje učinkovitost primera terapije po hermenevtičnem principu pravniških procesov (angl. *Adjudicated Hermeneutic Single-Case Efficacy Design*) (Elliott idr., 2009) ter argumentira in presoja, ali je izboljšanje posledica terapevtskega procesa. V raziskavi sodelujejo

pripadniki različnih psihoterapevtskih orientacij, ki kritično reflektirajo in evalvirajo pridobljene podatke. Hermenevtično zasnovano študijo učinkovitosti primera (angl. *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design*) je predstavil Elliott (2002) kot interpretativno metodo za evalviranje vzročnih povezav med procesi in izidom terapije, ki upošteva tudi možne zunanje vzroke izboljšanja v terapiji. Pri tem se opira na kvalitativno in kvantitativno pridobljene podatke.

Vsem tem metodam pa je skupno to, da poskušajo priti do vpogleda v procese, ki so v ozadju človekovega vedenja, in obogatiti razumevanje teh procesov, ne pa potrjevati predhodnih ugotovitev ali teorij.

Metode kvalitativnega zbiranja podatkov za raziskovanje procesa psihoterapije

Raziskovalci psihoterapije so posodabljali že obstoječe metode raziskovanja in razvijali nove metode zbiranja kvalitativnih podatkov s katerimi lahko poglobljeno raziskujemo proces psihoterapije (Elliott idr., 2001). Na tem mestu bomo omenili tri glavne metode zbiranja podatkov, ki se uporabljajo pri raziskovanju procesov psihoterapije:

1. Intervju klientove spremembe (angl. *Client Change Interview*), tj. intervju z odprtimi vprašanji, ki se ga opravi med terapijo ali po njej;
2. vprašalnik spodbujajočih vidikov terapije (angl. *Helpful Aspects of Therapy Form*), ki je samoocenjevalni vprašalnik, ki ga klient izpolni po terapevtskem srečanju;
3. metode priklica s pomočjo zvočnih posnetkov (angl. *Tape-Assisted Recall Methods*).

Intervju klientove spremembe

Ena izmed pomembnih metod kvalitativnega zbiranja podatkov je *Intervju klientove spremembe* (Elliott idr., 2001). Omogoča, da uporabniki terapevtske storitve spregovorijo o doživeti izkušnji. Takšna oblika zbiranja podatkov omogoča raziskovanje procesa spremembe, torej raziskovanje spodbujajočih dejavnikov terapije, pomembnih dogodkov terapije in vlogo udeleženi v procesu. Prav tako je omogočeno raziskovanje konteksta, ki vodi v spremembo (npr. neposreden, oddaljen), in učinkov procesov spremembe (npr. neposredni, odloženi). Raziskujemo lahko na različnih ravneh procesa (npr. po vsakem srečanju ali ob koncu procesa) (Elliott, 2012).

Z intervjujem spremembe dobimo veliko uporabnih informacij. Osrednji namen je vpogled v naravo sprememb s klientove perspektive (kaj in kako se je spremenilo). Pridobimo kvalitativno oceno izida terapije, ki nudi vpogled v spremembe, ki jih s klasičnimi vprašalniki spregledamo. Klientu damo možnost, da pojasni spremembe z lastnimi besedami, in mu tako omogočimo, da razmisli in poišče besede za te spremembe. Z intervjuvanjem pridobimo dragocene informacije in hkrati pomagamo klientu asimilirati terapevtsko delo. Pridobimo informacije o spodbujajočih vidikih terapije in pozitivnih spremembah, do katerih pride. Zanimajo nas tudi faktorji izven terapije, ki pripomorejo k spremembi. Tako lahko terapijo umestimo tudi v širši socialni kontekst (Elliott, 2012). Primeri vprašanj: »Katere spremembe opazite pri sebi, odkar ste (bili) v terapiji?«, »So kakšne spremembe pri vas opazili drugi?«, »Kateri so možni vzroki sprememb, ki zaobjemajo tako okolje znotraj kot zunaj terapije?«, »Kaj naj bi vam pomagalo k spremembam? Obstajajo kakšni specifični dogodki ali kakšen splošen vidik?«.

S kvalitativnim raziskovanjem želimo bolje razumeti izkušnje in vzorce vedenja udeležencev raziskave in jih hkrati na čim bolj razumljiv način predstaviti zainteresirani javnosti. Raziskovalec razvija razumevanje fenomena, ki ga raziskuje, in hkrati čim bolj upošteva udeležencev vidik. Ob tem se zaveda, da je lastno perspektivo nemogoče popolnoma »izključiti«, ampak s pomočjo samoreflektiranja zajezi in omeji lastna stališča in vplive že obstoječih teorij (Elliott idr., 1999).

Vprašalnik spodbujajočih vidikov terapije

Vprašalnik spodbujajočih vidikov terapije (Llewelyn idr., 1988) je bil razvit z namenom raziskati mikroizide pomembnih dogodkov v psihoterapiji ali svetovanju. Medtem ko se intervju spremembe nanaša na raziskovanje celotnega procesa spremembe v psihoterapiji, se z vprašalnikom spodbujajočih vidikov dobi »sveže« in aktualne informacije o dogajanju na določenem terapevtskem srečanju (Elliot, 2012). Gre za vprašalnik, ki se ga aplicira po določenem srečanju in vključuje odprta vprašanja, ki pomagajo klientu ali terapevtu zapisati njihove izkušnje spodbujajočih ali zaviralnih dogodkov v psihoterapiji. Z vprašalnikom dobimo informacije o glavnih ključnih procesih spremembe v psihoterapiji. Podatki, ki jih dobimo z vprašalnikom, se nanašajo na procese znotraj srečanja, klientove reakcije in različne kontekstualne informacije. Primer vprašanja: »Kateri dogodek znotraj terapevtskega srečanja se vam je osebno zdel najbolj uporaben ali pomemben?«

Metode priklica s pomočjo zvočnih ali video posnetkov terapije

Metodo priklica interpersonalnega procesa (angl. *Interpersonal Process Recall*) je prvi uporabil Kagan pri treningu in superviziji svetovalcev in psihoterapevtov (Wiseman, 1992). Elliot (1986) pa je to metodo razvil za namene raziskovanja pomembnih dogodkov v psihoterapiji. Pri tem so lahko klienti, terapevti ali opazovalci sodelavci pri analizi njihovih lastnih pomembnih dogodkov v psihoterapiji. Pomembni dogodki so delci terapevtskega srečanja, ki so običajno dolgi nekaj minut in jih udeleženci raziskave identificirajo kot pomembne. Ti dogodki omogočajo razjasnitev procesa spremembe v psihoterapiji. Ta metoda poteka tako, da je terapevtsko srečanje posneto bodisi v audio- ali videoobliki. Po terapevtskem srečanju udeleženci raziskave identificirajo pomembne dogodke z vprašalnikom spodbujajočih vidikov terapije. V naslednji fazi pa udeleženci raziskave s pomočjo posnetkov terapije identificirajo, kje v terapevtskem srečanju se je pomembni dogodek zgodil. Pomembni dogodki se analizirajo z metodo poglobljene analize procesa (Elliott idr., 2001).

Zanesljivost in veljavnost kvalitativnih raziskav

Z razvijanjem kvalitativne metodologije in kvalitativnega raziskovanja psihoterapije so se pojavile tudi metodološke dileme, kot sta zanesljivost in veljavnost kvalitativnih podatkov (Arnkoff idr., 1996).

Pri kvalitativnem raziskovanju je treba zagotoviti, da je zaupanja vredno, kredibilno in transparentno. Standarde kvalitativnega raziskovanja lahko združimo v dve glavni potezi, ki ju v kvantitativnem raziskovanju predstavljata zanesljivost in veljavnost. Zanesljivost se nanaša na potek dela in dobljene rezultate, ki so zaupanja vredni. To vključuje opredelitev raziskovalčeve teoretske orientacije in njegovih notranjih procesov, navedbo in opis konteksta raziskave, kroženje med interpretiranjem podatkov in podatki samimi ter predvsem povpraševanje po pomenih, ne pa njihovo razlaganje. Veljavnost se dotika interpretacije in zaključkov, ki so zaupanja vredni in utemeljeni v podatkih. V povezavi s tem je treba upoštevati triangulacijo, koherentnost interpretacije, povratno informacijo udeležencev, uporabno vrednost rezultatov za doseganje sprememb pri udeležencih, strinjanje raziskovalcev in prikaz, da so rezultati vplivali na raziskovalčevo mišljenje glede raziskovanega fenomena (Elliott idr., 1999).

Vodila za kvalitativno raziskovanje se nanašajo na: ustreznost metode (raziskovalec naj izbere metodo, ki najbolje odgovarja njegovemu raziskovalnemu

vprašanju), odprtost raziskovalca (v povezavi z njegovo teoretsko orientacijo in pristranostjo), teoretsko občutljivost (povezovanje ugotovitev z obstoječim znanjem), zaježitev pričakovanj, ponovljivost (omogoča opis metode), saturacijo/posplošljivost (dosežemo jo z vzorčenjem glede na namen), preverjanje kredibilnosti, utemeljenost (v primerih), koherentnost, razkrievanje pred bralcem in razumljivost (komunikativnost) (Elliott idr., 1999).

2 Raziskovanje izidov psihoterapije

Merjenje sprememb v raziskavah psihoterapije je povezano z raziskovalnim vprašanjem in raziskovalnim načrtom, ki ga v ta namen oblikujemo. Pri tem je pomembna tudi opredelitev izida, ki pa je precej zapletena in večplastna. Izbrani kazalniki, s katerimi merimo različna področja, se spreminjajo glede na definicijo želenih izidov. Merjenje izidov psihoterapije predstavlja prvi korak pri ugotavljanju njene učinkovitosti (Ogles, 2013).

V povezavi z učinkovitostjo psihoterapije in v povezavi z odgovorom na vprašanje, ali in v kolikšni meri deluje psihoterapija, so bile v preteklosti opravljene številne raziskave. V povezavi z učinkovitostjo psihoterapije so raziskovali, ali so klientove spremembe statistično in klinično pomembne, ali so spremembe večje, kot bi pričakovali, če bi šlo le za učinek placeba, ali se klientove dosežene spremembe tudi obdržijo, koliko terapije je potrebno, da pride do izboljšanja, ali pride tudi do poslabšanja ali lahko raziskave učinkovitosti posplošujemo in podobno (Lambert, 2013b).

Lambert (2013a) navaja, da 50-letno raziskovanje psihoterapije kaže, da se 40–60 % klientov stanje znatno izboljša. Da pride pri 50 % klientov, ki so pričeli terapijo obiskovati v nefunkcionalni fazi, do klinično pomembnega izboljšanja (angl. *recovery*), je potrebnih približno 20 terapevtskih srečanj, za statistično pomembno izboljšanje (angl. *reliable improvement*) pa osem srečanj. Da pride do statistično pomembnega izboljšanja pri 75 % klientov, je potrebnih približno 14 srečanj. Terapija je visoko učinkovita za veliko večino klientov in za okoli 30 % klientov že po treh srečanjih.

Wampold (2015) na podlagi pregleda metaanaliz psihoterapije zaključuje, da se agregirane velikosti učinka psihoterapije gibljejo med 0,75 in 0,85. Wampold (2015) ugotavlja, da lahko za zanesljivo oceno učinkovitosti

psihoterapije vzamemo velikost učinka 0,80, kar kaže na velik učinek. To pomeni, da je povprečen klient, ki je vključen v psihoterapijo, na boljšem kot 79 % nezdravljenih klientov.

Pri raziskovanju izidov psihoterapije najdemo dva glavna tipa raziskav: a) raziskave, ki se osredotočajo na skupne dejavnike psihoterapije, in b) raziskave specifičnih dejavnikov. Raziskave, ki se osredotočajo na skupne dejavnike, poskušajo med različnimi psihoterapevtskimi modalitetami najti skupne dejavnike s pomočjo abstrahiranja podobnosti med njimi. Raziskave, ki proučujejo razlike med posameznimi modalitetami, ugotavljajo, katera vrsta obravnave bi bila optimalna pri določeni vrsti motnje oziroma težave (Crits-Christoph idr., 2013).

V nadaljevanju navajamo raziskovanje izidov psihoterapije ločeno glede na osredotočanje raziskav na skupne ali specifične terapevtske dejavnike.

Raziskovanje učinkovitosti skupnih faktorjev

Wampold in Imel (2015) v eni pomembnejših knjig s področja raziskovanja psihoterapije, *The Great Psychotherapy Debate*, skleneta, da »metodološko ustrezne metaanalize brez dvoma dokazujejo, da so med različnimi terapevtskimi pristopi majhne, če ne nične razlike« (str. 156). V raziskovanju psihoterapije to poimenujemo Dodova razsodba, ki izhaja iz zgodbe *Alica v čudežni deželi*, kjer ptica Dodo zaključí: »Vsi ste zmagali in dobite nagrado« (Luborsky idr., 1975). To pomeni, da nobena od psihoterapevtskih smeri ni superiorna drugim glede izidov terapije in da so za podobno učinkovitost najverjetneje odgovorni psihoterapevtski dejavniki in procesi, ki so skupni različnim psihoterapevtskim smerem.

Smith in Glass (1977) sta naredila prvo metaanalizo učinkovitosti psihoterapije. V obsežno metaanalizo 375 eksperimentalnih študij psihoterapije sta vključila raziskave psihodinamske terapije, adlerjanske terapije, eklektične terapije, transakcijske analize, gestalt terapije, v klienta usmerjene terapije in različne oblike vedenjske in kognitivne terapije. V teh raziskavah so eno obliko terapije primerjali z drugo ali s skupino brez obravnave. S pomočjo metaanalize sta ugotovila, da je bilo stanje pri klientih s psihoterapevtsko obravnavo boljše kot pri 80 % klientov brez takšne obravnave. Metaanaliza je pokazala, da različne vrste terapij ne povzročajo različnih vrst izboljšanj in da obstajajo splošni pozitivni učinki psihoterapije. Obsežen pregled 17 metaanaliz (Luborsky idr., 2002), ki je primerjal učinkovitost različnih psihoterapij med seboj, kaže na majhne in nepomembne razlike v

izidih ($d = 0,20$), ki pa so se še zmanjšale, ko so upoštevali pristranost raziskovalcev do svoje psihoterapevtske usmeritve.

Tudi rezultati novejše obsežne metaanalize 198 randomiziranih kliničnih raziskav (Barth idr., 2013), ki je primerjala učinkovitost sedmih psihoterapevtskih intervencij ali terapij (npr. psihodinamska, kognitivno-vedenjska, medosebna) pri klientih z depresijo (15.118 odraslih klientov z depresijo), kažejo, da je vsaka od terapij učinkovitejša od »čakalne liste« (z zmernim do velikim učinkom, $d = -0,62$ do $-0,92$). Ugotovili so tudi, da je relativna učinkovitost različnih terapij pri depresivnih simptomih podobna oziroma da v relativnem smislu med terapijami ni razlik ali pa so zelo majhne ($d = 0,01$ do $-0,30$). Na podlagi rezultatov avtorji sklepajo, da obstajajo terapevtski mehanizmi, ki so vsem psihoterapevtskim modalitetam skupni, oziroma sklepajo na obstoj skupnih dejavnikov.

Obsežna kvantitativna raziskava izidov ali metaanaliza (Elliott idr., 2013), ki je zajela skoraj 200 raziskav učinkovitosti ali izidov humanistično-izkustvenih psihoterapij (HIP), vključno z integrativno psihoterapijo, poroča o učinkovitosti teh psihoterapij. Analiza vključuje izračunano velikost učinka za 14.206 klientov (199 različnih vzorcev, vzeti iz 186 raziskav), ki so obiskali eno izmed oblik humanistično-izkustvene psihoterapije. Raziskava vključuje: randomizirane kontrolirane študije, raziskave učinkovitosti HIP v primerjavi s čakalno listo ali skupino brez terapije in raziskave primerjanja HIP z drugo obliko terapije. Povprečno število terapevtskih srečanj je bilo 20 ($SD = 21$), povprečno število klientov v posamezni raziskavi je bilo 70 ($SD = 240$). Petinšestdeset odstotkov raziskovalcev posameznih študij je pripadalo eni izmed HIP, medtem ko je bil za primerjalne študije ta odstotek manjši (31 %). Pri izračunu velikosti učinka so sledili predpisanim postopkom, prav tako so bili predpisani kriteriji, ki jih je raziskava morala dosegati, da so jo vključili v analizo. Netehtana povprečna velikost učinka (d) preko 199 vzorcev je znašala 0,96, kar presega postavljeni standard po Cohenu ($d = 0,8$) za velik učinek. Velikost učinka, izračunana za obdobje neposredno po terapiji, znaša $d = 0,95$ (za obdobje 1–11 mesecev: $d = 1,05$ in 12+ mesecev: $d = 1,11$). Tehtana velikost učinka (z upoštevanjem velikostjo vzorcev) je znašala 0,93.

Obstoj skupnih faktorjev je s pomočjo metaanaliz raziskav dokazoval tudi Wampold (2015). Za ugotovljene skupne in specifične faktorje je izračunal velikosti učinka po Cohenu (Field, 2014). Navajamo ugotovljene skupne faktorje po velikosti učinka (Wampold, 2015) in pripadajoče odstotke pojasnjene variabilnosti izida (Laska idr., 2014): sodelovanje/strinjanje glede

ciljev terapije ($d = 0,72$; 11,5 %), empatija ($d = 0,63$; 9,0 %), aliansa ($d = 0,57$; 7,5 %), pozitiven odnos/potrjevanje v odnosu ($d = 0,56$; 7,3 %), terapevtove značilnosti v naturalističnih raziskavah ($d = 0,55$), skladnost/kongruentnost ($d = 0,49$; 5,7 %), terapevtove značilnosti v kliničnih raziskavah ($d = 0,35$), pričakovanja ($d = 0,24$). Sledijo specifični faktorji po velikosti učinka: razlike med terapijami ($d < 0,2$; $< 1,0$ %), ocena terapevtove kompetentnosti ($d = 0,04$; $< 0,1$ %), upoštevanje protokola ($d = 0,04$; $< 0,1$ %), specifične sestavine ($d = 0,01$; 0,0 %).

Tudi Prochaska in Norcross (2014) navajata, da različni psihoterapevtski sistemi legitimno in z dokazi podprto trdijo, da je njihova praksa učinkovita, in zaključujeta, da so si v svoji osnovi zagotovo podobni; faktorji, ki si jih delijo, pa predstavljajo zdravilne učinke, ki so odgovorni za terapevtski uspeh različnih modalitet. Različni avtorji navajajo različne skupne faktorje, saj se v svojih raziskavah osredotočajo na različne ravni terapevtskega procesa.

Na skupne faktorje ne smemo gledati kot na nekaj »nedoločenega« v smislu, da gre za slučajen in nenačrtovan zdravilen stranski produkt terapije (kot npr. učinek placeba). Večina zagovornikov skupnih faktorjev gleda na te faktorje kot na načrtno predvidene mehanizme spremembe v terapiji, kar izpostavijo tudi pri predstavitvi svojih modelov, ki temeljijo na skupnih faktorjih (npr. Wampold, 2015). Skupni faktorji (npr. terapevtska aliansa, klientova pričakovanja, terapevtova empatija) pojasnijo več variabilnosti izida kot pa specifični učinki, ki so del posameznih psihoterapevtskih pristopov (npr. interpretacije v dinamskih terapijah ali kognitivno prestrukturiranje v kognitivno vedenjskih terapijah) (Wampold in Imel, 2015). Gre za pozitiven terapevtski odnos in klienta, ki je motiviran za sodelovanje in delo na sebi, ter empatičnega terapevta, ki skupaj doprinesejo k učinkovitemu izidu več kot pa posamezne psihoterapevtske metode.

Lambert (2013b) poda tri temeljne razlage ugotovitev raziskav, da ni bistvenih razlik v učinkovitosti različnih psihoterapevtskih smeri:

1. prihaja do podobnih učinkov z različnimi metodami in prek različnih psihoterapevtskih procesov,
2. prihaja do različnih učinkov, vendar jih z dosedanjo raziskovalno metodologijo nismo uspeli ugotoviti,
3. do podobnih učinkov vodijo faktorji, ki so različnim psihoterapevtskim šolam skupni, vendar jih te v svojih teoretskih temeljih ne navajajo.

Z dokazi najbolj podprta je tretja možna alternativna razlaga, čeprav zagotovo ne moremo ovreči niti prvih dveh.

Dokazovanje učinkovitosti specifičnih faktorjev

Od 80. let prejšnjega stoletja psihoterapevtsko raziskovanje dokazuje učinkovitost psihoterapije, ki temelji na medicinskem modelu, ki se opira na postavljanje diagnoz, saj psihološke težave prevede v klinične motnje. Za dokazovanje učinkovitosti izidov psihoterapije uporablja randomizirane klinične raziskave (Goldfried, 2013). Takšen pristop k raziskovanju učinkovitosti »ustreza« kognitivno-vedenjskim terapijam, ki izhajajo iz tradicije objektivnega opazovanja in temeljijo na medicinskem modelu. Biomedicinski model gleda na psihološke težave z vidika motenj v delovanju možganov (vidik kemičnega neravnovesja) in postavlja v ospredje farmakološki način zdravljenja. Biološko usmerjeni pristop k zdravljenju psiholoških motenj je prevladoval predvsem v Združenih državah Amerike zadnja tri desetletja, kar je prispevalo k porastu uporabe psihiatričnih zdravil za odpravljanje psiholoških težav. Po tej poti se je uveljavila tudi metodologija randomiziranih kliničnih raziskav, ki jih uporabljajo za ugotavljanje učinkovitosti zdravilnih učinkovin. Na takšen način so dokazali učinkovitost terapije, obenem pa po drugi strani spregledali terapevtski proces in biopsihosocialni pogled na človeka (Deacon, 2013).

Kognitivno-vedenjska terapija je malodane sinonim za z dokazi podprto terapijo. Vsebuje jasno opredeljene in na teoriji temelječe korake, katerim mora psihoterapevt slediti, da pride do želene spremembe, opredeljene v izrazih zmanjšanja simptomov. Točno so določene tudi terapevtove kompetence, potrebne za uspešno izvedbo terapije. Terapevtski proces je točno opredeljen v priročniku. Vse to je pripomoglo, da je KVT ena najbolj prepoznavnih terapij širom sveta in z največ dokazi o njeni učinkovitosti (Fonagy in Clark, 2015).

Obstaja vrsta raziskav in metaanaliz, ki potrjujejo učinkovitost specifičnih faktorjev. Tolin (2010) na primer po obsežnem metaanalitičnem pregledu raziskav poroča, da je kognitivno-vedenjska terapija pomembno učinkovitejša od ostalih terapij, vsaj pri klientih z anksiozno ali depresivno motnjo. Pomembnejša učinkovitost se je ohranila tudi ob nadzorovanju pristranosti raziskovalcev. Obenem avtor ugotavlja, da je kognitivno-vedenjska terapija bolj učinkovita od psihodinamske, ni pa dokazov, da bi bila bolj učinkovita od interpersonalnih ali suportivnih terapij. Hofmann idr. (2012) so opravili izčrpen pregled 269 metaanaliz, ki so raziskale učinkovitost kognitivno-vedenjske terapije pri različnih težavah klientov. Zaključujejo, da je KVT učinkovita pri številnih duševnih motnjah in da ima močno empirično osnovo.

Po drugi strani pa Cuijpers idr. (2016) na podlagi metanalize 144 študij ugotavlja, da je KVT učinkovita za anksiozne in depresivne motnje glede na različne eksperimentalne pogoje (npr. primerjava s čakalno listo), vendar pa so velikosti učinka manjše (majhne do zmerne), ko jo primerjamo z drugimi vrstami terapije in učinkom placeba. Prav tako sta vprašljiva majhno število kakovostno izvedenih raziskav in pristranost raziskovalcev, kar postavlja pod vprašaj ugotovljene velikosti učinka in superiornost KVT pred drugimi oblikami psihoterapije (Cuijpers idr., 2016; Wampold idr., 2017).

Kljub nekaterim metaanalizam, ki poudarjajo superiornost kognitivno-vedenjske terapije pred drugimi oblikami psihoterapije (Marcus idr., 2014; Mayo-Wilson idr., 2014; Tolin, 2014, 2015), pa Wampold in sodelavci (2017) na podlagi pregleda teh študij ugotavljajo, da so učinki, ki demonstrirajo superiornost KVT, majhni, večinoma nepomembni, omejeni na ciljne simptome ali pa povezani z nekakovostnimi študijami. To seveda ne pomeni, da KVT ni učinkovita oblika psihoterapije za mnoge duševne težave, vendar pa je treba njeno superiornost pred drugimi oblikami psihoterapije vzeti z rezervo, kar je skladno z metaanalizami, ki ugotavljajo, da med različnimi oblikami psihoterapije ni bistvenih razlik v učinkovitosti, kar imenujemo Dodova razsodba. Johnsen in Friborg (2015) so v metaanalizi raziskovali časovne trende v učinkih kognitivno-vedenjske terapije depresivne motnje od leta 1977 do 2014. Pri tem sta ugotovila, da sodobne raziskave ugotavljajo manjšo učinkovitost KVT pri depresivni motnji v primerjavi z zgodnejšimi študijami.

Raziskave specifičnih faktorjev se usmerjajo tudi na ugotavljanje, katere komponente terapije in tehnike so bolj učinkovite. Primer zato je raziskava, ki so jo izvedli Jacobson s sodelavci (1996), ki je skušala odkriti, katere komponente terapije so pomembne pri KVT-terapiji depresije. V raziskavi so naključno uvrstili 150 pacientov z depresivno motnjo v več skupin: 1) skupino, ki je bila obravnavana z vedenjsko aktivacijo, 2) v skupino, ki je bila obravnavana tako z vedenjsko aktivacijo in tehnikami modifikacije avtomatskih misli, vendar brez komponente dela s temeljnimi shemami, ter 3) običajno kognitivno terapijo z vsemi elementi. V raziskavi so ugotovili, da ni dokazov, da bi bila kognitivna terapija z vsemi elementi bolj učinkovita od ostalih posameznih elementov. Tako vedenjska aktivacija kot delo z avtomatskimi mislimi je bilo enako učinkovito pri spreminjanju negativnega mišljenja in nefunkcionalnega atribucijskega stila.

Poleg klasične kognitivno-vedenjske terapije obstaja še množica drugih psihoterapevtskih pristopov, katerih učinkovitost za določeno duševno motnjo

je bila dokazana z randomiziranimi kliničnimi študijami. Društvo za klinično psihologijo (12. odsek) v okviru Ameriškega psihološkega združenja med drugim navaja terapijo sprejemanja in predanosti (ACT), na čustva usmerjeno terapijo za depresijo, EMDR za potravmatsko stresno motnjo, dialektično vedenjsko terapijo za mejno osebnostno motnjo in številne druge.

Ena izmed novejših oblik psihoterapije, za katero so bili v zadnjem času zbrani številni dokazi o učinkovitosti, je terapija sprejemanja in predanosti (ACT). ACT je integrativni psihoterapevtski pristop, ki spada v tretjo generacijo vedenjske terapije (terapije, usmerjene na sprejemanje in čuječnost). Gloster idr. (2020) so opravili pregled 20 metaanaliz, v katere je bilo vključenih 12.477 udeležencev. Pregled raziskav ugotavlja učinkovitost ACT-a za anksioznost, depresijo, zlorabo drog, kronično bolečino in transdiagnostične skupine pacientov.

Zanimive so tudi raziskave, ki raziskujejo posamezne elemente metode desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem (EMDR). EMDR je z dokazi podprt terapevtski pristop za terapijo potravmatske stresne motnje (Bisson in Andrew, 2007; Lee in Cuijpers, 2013; Watts idr., 2013). Čeprav je EMDR učinkovita oblika psihoterapije za travmo, pa ostaja vprašanje, kateri elementi EMDR-ja so zdravilni in ali je očesno gibanje res nujna komponenta terapije. Davidson in Parker (2001) sta s pomočjo metaanalize dokazala, da je terapija s pomočjo EMDR učinkovita pri obravnavi posttravmatske stresne motnje (PTSD) v primerjavi z vzorcem brez terapije, vendar pa ni prišlo do pomembnih razlik med EMDR-jem in tehnikami izpostavljanja. Avtorja zaključujeta, da je očesno gibanje nepotrebna komponenta terapije. Na drugi strani sta Lee in Cuijpers (2013) na podlagi rezultatov metaanalize, v kateri sta primerjala terapijo s pomočjo EMDR z očesnim gibanjem in EMDR brez očesnega gibanja, ugotovila, da očesno gibanje pomembno pripomore k predelavi travmatskih spominov in da prihaja do drugačnih terapevtskih procesov kot pri KVT, ki temelji na izpostavljanju.

So učinkovitejši skupni ali specifični faktorji?

Ali psihoterapija deluje predvsem zaradi učinkovitosti specifičnih faktorjev, ki so običajno opisani v priročnikih posamezne psihoterapevtske usmeritve (npr. izpostavljanje pri težavah anksioznosti), ali zaradi učinkovitosti faktorjev, ki so različnim psihoterapevtskim usmeritvam skupni (npr. močna delovna aliansa)? Na področju psihoterapije že dolgo poteka razprava med zagovorniki ene in druge hipoteze, katere veljavnost dokazujejo s pomočjo teoretičnih predpostavk in rezultatov raziskav (Duncan idr., 2014;

Lambert, 2013a; Mulder idr., 2017; Wampold in Imel, 2015). Če v grobem povzamemo, gre za spopad med zagovorniki terapevtske metode na eni strani in zagovorniki terapevtskega odnosa na drugi. Gre za dvoje nasprotnojučih si ugotovitev in iz tega izpeljanih zaključkov o učinkovitosti psihoterapije. Na eni strani je skupina raziskovalcev in teoretikov, ki postavljajo v ospredje terapevtske tehnike ali specifične faktorje terapije, na drugi strani pa so raziskovalci, ki poudarjajo terapevtski odnos, klientova pričakovanja in druge procesne spremenljivke, ki so skupne različnim psihoterapijam (Norcross, 2011). Tudi znotraj Ameriškega psihološkega združenja (APA) so mnenja deljena: odsek za klinično psihologijo (APA Division 12) izpostavlja terapevtske tehnike, odsek za psihoterapijo (APA Division 29) pa daje prednost terapevtskemu odnosu (Mulder idr., 2017).

Bruce Wampold je eden od avtorjev, ki ugotavlja, da raziskave psihoterapije pogosto zavajajoče prikazujejo, da so določene psihoterapije učinkovitejše od drugih (Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015; Wampold idr., 2010; Wampold idr., 2002; Wampold idr., 1997). Raziskave, ki primerjajo učinkovitost različnih psihoterapevtskih modalitet, pogosto precenijo učinke posamezne modalitete. Ugotovljene razlike v učinkovitosti so v bistvu posledica različne učinkovitosti terapevtov, ki so vključeni v raziskavo, in raziskave velikokrat ne upoštevajo variabilnosti v učinkovitosti posameznih terapevtov.

Randomizirane klinične raziskave večinoma ne vključujejo terapevta kot glavnega vidika raziskovanja učinkovitosti terapije. Opredelitev dejavnika terapevta pri raziskovanju učinkovitosti bi se glasila, da nekateri terapevti konsistentno dosegajo boljše izide terapije kot ostali terapevti. Randomizirane klinične raziskave (Baldwin in Imel, 2013) kažejo, da 3 % variabilnosti v izidu terapije lahko pripišemo terapevtovim dejavnikom, naturalistične raziskave pa kažejo, da lahko 3 do 10 % variabilnosti (povprečno 7 %) v izidu pripišemo terapevtovim dejavnikom ne glede na vrsto terapije. Terapevtovi dejavniki so pomembnejši od učinkov vrste terapije, kar pomeni, da so razlike v učinkovitosti terapevtov večje kot razlike v učinkovitosti posameznih terapij in učinkujejo ne glede na vrsto terapije (Baldwin in Imel, 2013). Rezultate študije Baldwin in Imela (2013) podpira tudi novjši pregled Johnsa idr. (2019), ki ugotavlja, da so učinki terapevta (angl. *therapist effects*) robusten pojav, ki pomembno prispeva k učinkovitosti psihoterapije.

Zanimiva je raziskava, v kateri so primerjali najboljše in najslabše terapevte glede na izid njihovih terapij v »prvem« letu glede na »drugo« letu (Wampold in Brown, 2005). Rezultati raziskave kažejo, da dosega najboljših 25 % terapevtov dvakrat večji učinek v izidih terapije v naslednjem (»drugem«)

letu v primerjavi z najslabšimi 25 % terapevtov. Avtorji zaključujejo, da so dobri terapevti konsistentno dobri. Rezultati tudi kažejo, da nekateri terapevti niso bili v pomoč nobenemu od svojih klientov in da je pri nekaterih klientih prišlo celo do poslabšanja stanja.

Dobre terapevte ločijo od slabih predvsem kakovostne medosebne veščine (angl. *facilitative interpersonal skills*, FIS) (Anderson idr., 2009). Avtorji so opravili raziskavo, v kateri so medosebne veščine merili pri terapevtih, ki so šele vstopili v psihoterapevtski trening, kar pomeni, da o tem še niso pridobili nobenega znanja. Čez dve leti so omenjene terapevte merili prek izidov psihoterapije njihovih klientov in ugotovili, da medosebne veščine pred začetkom treninga napovedujejo učinkovitost njihovih terapij oziroma klientove izide. Avtorji zaključujejo, da je ključno predvsem terapevtovo odzivanje v medosebno zahtevnejših situacijah (npr. »težaven« klient). Anderson in sodelavci (2016) so izvedli randomizirano klinično študijo, v kateri so potrdili predhodne rezultate. Odkrili so, da so terapevti s kakovostnimi medosebnimi veščinami dosegli boljše izide terapije. V raziskavi zaključujejo, da terapevtove relacijske veščine neodvisno prispevajo k izidu terapije in terapevtski aliansi.

Tudi Lambert (2013b) izpostavi različno učinkovitost terapevtov, kar pomembno vpliva na izid terapije. Nekateri terapevti so visoko učinkoviti, večina jih je zmerno učinkovitih, nekateri pa so tudi neučinkoviti.

Navidezno večja učinkovitost posamezne terapevtske modalitete je velikokrat tudi posledica primerjanja med realno neprimerljivimi oblikami terapij. Raziskovalci velikokrat primerjajo terapije, ki so po svoji strukturi neprimerljive (npr. različno število srečanj, nezadovoljivo usposobljeni terapevti, določene vrste terapije klientu ne nudijo razlage za njegove težave). Raziskave le med seboj strukturno primerljivih terapij kažejo, da med njimi ni razlik v učinkovitosti (Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015; Wampold idr., 2010; Wampold idr., 2002; Wampold idr., 1997). Wampold in Imel (2015) izpostavita tudi dejstvo, da so za uspešno terapijo le pogovor, razumevanje klienta in terapevtova empatija premalo, temveč je treba terapevtski proces tudi ustrezno strukturirati. Ugotavljata, da ob ustrezno strukturirani terapiji (npr. racionalna razlaga klientovih težav in poglobljeno delo na klientovih težavah) ni bistvenih razlik med posameznimi terapevtskimi modalitetami v njihovi učinkovitosti. Na primer: psihoanalitična terapija pri motnji hranjenja ni učinkovita, ker le pogovor o klientovi težavi s hranjenjem še ne pripomore k prenehanju simptomov (nestrukturirano delo); potrebno je tudi strukturirano delo na izhodiščni težavi.

Treba je izpostaviti tudi raziskovalčevo teoretsko pripadnost, ki predstavlja pristranost pri ugotavljanju učinkovitosti dotične terapije. V literaturi se običajno pojavljajo raziskave, ki jih izvajajo raziskovalci, ki pripadajo psihoterapevtski modaliteti, katere učinkovitost ugotavljajo in o njej poročajo (Wampold in Imel, 2015).

Pristopa specifičnih faktorjev in pristopa skupnih faktorjev na nek način ne moremo neposredno primerjati. Gre za razliko v filozofskih izhodiščih in iz tega izhajajočih ciljnih terapije. Cilj pozitivistično usmerjene KVT je izboljšanje simptomatske slike klienta, ki je utemeljena na medicinskih diagnostičnih kategorijah. Randomizirane klinične raziskave se izvajajo na ozko opredeljenih diagnostičnih skupinah klientov, kar se ujema z medicinskim modelom, ki predpostavlja, da je terapija usmerjena na določeno motnjo. Psihoterapija, ki temelji na skupnih faktorjih, in tudi nekatere integrativne kognitivno-vedenjske terapije (tretji val) sprejemajo bolj konstruktivističen pogled na realnost, katerega cilj je izboljšanje subjektivnega blagostanja klienta ali fenomenološko boljše počutje (Hayes, 2004; Wampold in Imel, 2015).

Čeprav velja KVT za terapijo z največ dokazi o svoji učinkovitosti, pa še vedno ni dovolj raziskav, ki bi bile usmerjene na proces (Mulder idr., 2017). Še vedno ni jasno, ali KVT in njej podobne terapije delujejo prek skupnih faktorjev oziroma osrednjih značilnosti psihoterapevtskega procesa (Frank in Frank, 1993; Wampold in Imel, 2015) ali prek specifičnih faktorjev, ki jih izpostavljajo v terapevtskih priročnikih.

Pristop skupnih faktorjev in pristop specifičnih faktorjev sta si veliko bolj podobna, kot bi pomislili na prvi pogled. Zagovorniki skupnih faktorjev vedno bolj prilagajajo in ožijo definicije učinkovite terapije. Wampold in Imel (2015) izpostavita, da je za učinkovito terapijo pomembna terapevtova strokovna usposobljenost, zasnovanost terapije na psiholoških principih in da je klientu sprejemljiva ali verodostojna. Zagovorniki skupnih faktorjev prav tako navajajo, da so skupni faktorji ključni za izid terapije tudi zaradi potentnosti, ki jo nudijo specifičnim faktorjem. Priznavajo, da so pomembni tudi specifični faktorji, predvsem pa način, na katerega se jih izvaja. Terapevt, ki terapijo izvaja, je pomembnejši faktor za izid terapije kot vrsta terapije. Pomembnejše od vprašanja, katera je najboljša terapija, je vprašanje, kakšen je najboljši terapevt, ki pa se z nenehno vajo lahko tudi izboljša. Zagovorniki skupnih faktorjev tudi priznavajo, da so v določenih okoliščinah določene terapevtske tehnike učinkovitejše od drugih (Wampold in Imel, 2015). Na primer: intervencije izpostavljanja so potrebne pri nekaterih motnjah anksioznosti (Hofmann in Barlow, 2014).

Zagovorniki specifičnih faktorjev dopuščajo terapevtov doprinos in druge skupne faktorje. Večina teoretikov pristopa specifičnih faktorjev priznava, da so skupni faktorji pomembni, čeprav ne zadostni, da bi v terapiji prišlo do najboljšega možnega učinka. Doprinos specifičnih faktorjev pa se razlikuje od motnje do motnje (Hofmann in Barlow, 2014). Obe strani priznava, da so določeni posredni faktorji (npr. starost klienta) lahko pomemben dejavnik učinkovitosti terapije. Na sprejemanje in predanost usmerjena terapija (ACT) se je izkazala za bolj sprejemljivo za starejše odrasle s kronično bolečino kot KVT, ki pa se je izkazala kot bolj sprejemljiva pri terapiji mlajših odraslih s kronično bolečino (starost 18–45 let). Do razlik v odzivu na terapije glede na starost morda prihaja zaradi različnega fokusa terapevtskega procesa (Wetherell idr., 2016). Prochaska in DiClemente (2005) predpostavljata, da so različni sistemi psihoterapevtskih modalitet med seboj komplementarni, le da se ukvarjajo z različnimi stopnjami in ravnmi spremembe. Na ravni terapevtskega dela pa naj bi terapevt na različnih stopnjah terapije uporabil elemente različnih teoretskih pristopov (Brooks-Harris, 2007).

Klasična KVT velja za empirično najbolj podprto vrsto psihoterapije (Hofmann idr., 2012), saj so raziskovalci največkrat dokazali učinkovitost njenih intervencij. Integrativne psihoterapevtske oblike, med katere štejemo tudi oblike tretjega vala KVT, temeljijo na kontekstualnih principih (npr. klientov odnos do svojega mišljenja in čustvovanja), v manjši meri pa na vsebini mišljenja in čustvovanja. Gre za nove integrativne pristope KVT (npr. terapija sprejemanja in predanosti, dialektična vedenjska terapija, na čuječnosti temelječa kognitivna terapija ipd.), katerih metode dela vključujejo koncepte in z njimi povezane intervencije, kot so čuječnost, sprejemanje, odnos, vrednote in metakognicija. Raziskave kažejo, da so njihove intervencije učinkovite (npr. Khoury idr., 2013) – izkazalo se je celo, da so metode dela tradicionalne KVT učinkovite delno tudi zaradi procesov spremembe, ki sta jih prinesla integrativno gibanje in tretji val KVT (npr. kognitivna defuzija) (Arch idr., 2012).

Ideja, da večina terapij učinkuje podobno pri večini psiholoških motenj, je eno večjih dognanj psihoterapevtskega raziskovanja zadnjih nekaj desetletij in potrjuje obstoj skupnih faktorjev in Dodovo razsodbo. Trditev, da ima večina terapij za večino psiholoških motenj podobne izide, torej drži, vendar hkrati ne pomeni, da vse terapije delujejo podobno na vse ljudi. Različne psihoterapije so različno učinkovite, ko govorimo o posameznem klientu. Govorimo o kontekstu, »kaj deluje za koga«. Metaanalize so pokazale, da so določene terapije učinkovitejše pri določenih klientovih značilnostih

ali dimenzijah (npr. glede na to, na kateri stopnji spremembe so, glede na raven njihove reaktivnosti, glede na kulturne značilnosti klienta). Gre tudi za terapevtovo odzivnost ali transdiagnostično ujemanje (ujemanje prek diagnoz), ki kaže na to, da je ujemanje med klientovimi in terapevtovimi značilnostmi zelo pomembno. To prispeva k učinkovitosti bolj kot specifične terapevtske metode za specifične motnje.

3 Raziskovanje procesov v psihoterapiji

Raziskovanje procesa spremembe (angl. *change process research*) (Greenberg, 1986) ugotavlja procese, ki pripeljejo do sprememb, in proučuje trenutni potek sprememb. Odgovarja na vprašanji, kako in zakaj se spremembe pojavijo (Elliott, 2012). V grobem lahko ločimo dva tipa procesnih raziskav: a) raziskave, ki se usmerjajo na povezanost procesa z izidi terapije, in b) raziskave, ki raziskujejo procese in spremembe z vidika klientovega doživljanja.

Medtem ko se prvi tip raziskav usmerja na povezanost procesa z izidi, drugi tip raziskav skuša raziskati klientovo izkušnjo s pomočjo študij primerov, raziskovanja pomembnih dogodkov v psihoterapiji, sledenju dogajanja v psihoterapevtski uri in mikroanalizi posamezne terapevtske sekvence.

Raziskovanje povezanosti procesa terapije z izidi

Na temo raziskovanja, ki je usmerjeno na povezanost procesa z izidi, obstaja več kot 2000 objavljenih raziskav s področja psihoterapije (Orlinsky idr., 2004), ki se pretežno osredotočajo na skupne faktorje terapije (npr. psihoterapevtski odnos). Gre pravzaprav za pristop skupnih nespecifičnih faktorjev (raziskave skupnih faktorjev v povezavi z izidom). Čeprav so faktorji, ki so skupni različnim psihoterapevtskim modalitetam, zelo pomemben del terapevtskega procesa, pa so na drugi strani pomembne tudi raziskave ključnih teoretskih dimenzij posameznih psihoterapevtskih modalitet ali specifičnih faktorjev, ki so tudi pomemben del terapevtskega procesa in vplivajo na izid (Crits-Christoph idr., 2013).

Raziskovanje terapevtskega delovnega odnosa

Ugotovitve raziskav zadnjih štiridesetih let navajajo terapevtski odnos kot verjetno najpomembnejši skupni faktor, ki prispeva k terapevtskemu procesu. Večina raziskav se osredotoča na koncept terapevtske alianse. Terapevtska aliansa (Bordin, 1994) je splošno definirana kot sodelovalen in čustven odnos med terapevtom in klientom. Sodelovalni vidiki alianse vključujejo dimenzijo dogovora med terapevtom in klientom o ciljnih terapije in tehnikah, ki bodo uporabljene, da se dosežejo dogovorjeni cilji. Afektivna komponenta alianse pa je vez med udeležencema in vključuje vzajemno zaupanje, spoštovanje in skrb med klientom in terapevtom.

Različne psihoterapevtske smeri pripisujejo terapevtskemu odnosu različen pomen in relativno različno pomembnost za psihoterapevtski uspeh. Radikalne vedenjske terapije pripisujejo odnosu s terapevtom zanemarljivo vlogo. Kognitivne terapije vidijo odnos kot predpogoj za proces in spremembo. Klient mora najprej razviti zaupanje in sodelovati s terapevtom, preden sploh lahko sodeluje v procesu spremembe. Psihoanalitična terapija gleda na odnos predvsem z vidika uvida v klientove odnosne vzorce, sodobne relacijske psihoanalitične smeri pa poudarjajo tudi pomen korektivne izkušnje odnosa s terapevtom. Humanistične terapije vidijo odnos kot proces, ki pripelje do spremembe, ali kot proces spremembe (Prochaska in Norcross, 2014), pri čemer Rogersova v klienta usmerjena terapija pripisuje odnosu osrednjo vlogo. Rogers (1961, 2015) izpostavi, da so potrebni in zadostni pogoji za psihoterapevtski uspeh terapevtova pristnost, brezpogojno (pozitivno) sprejemanje in empatičen odnos. Bohart in Greenberg (1997) izpostavita empatijo kot ključni element psihoterapije. Vidita jo kot kvaliteto, na kateri sloni terapevtski odnos, in tudi kot ključno sestavino terapije same po sebi. Wampold in Imel (2015) izpostavita koncept pristnega odnosa med klientom in terapevtom, Constantino idr. (2013) pa koncept terapevtove odzivnosti v odnosu s klientom. Tudi Fosha (2001), Erskine (2015) in Silberschatz (2005, 2012) postavljajo terapevtski odnos v samo jedro terapevtske spremembe. Maroda (2010) izpostavlja pomen močne ali dobre terapevtske alianse za učinkovito čustveno procesiranje.

Horvath in Greenberg (1994) sta uredila knjigo *Delovna aliansa* (angl. *The Working Alliance*), v kateri so zbrani prispevki o raziskovanju koncepta terapevtske delovne alianse in o delovni aliansi kot terapevtskem procesu, ki napoveduje izid terapije. Obširen novejši pregled raziskav, ki utemeljuje in potrjuje povezanost dejavnikov terapevtskega delovnega odnosa in terapevtskega izida, je uredil tudi Norcross (2011) v knjigi *Psihoterapevtski odnosi*,

ki delujejo (angl. *Psychotherapy Relationships That Work*). V omenjeni knjigi so zbrane vsebine, ki se nanašajo na terapevtsko delovno zvezo, izpostavljene so splošne in specifične učinkovite sestavine delovnega odnosa ter z dokazi podprte učinkovite sestavine terapevtskega odnosa in terapevtske prakse. V knjigi avtorji prispevkov navajajo učinkovite terapevtove *odnosne kvalitete*, ki učinkujejo na izid terapije, drugi pa izpostavijo učinkovite *dejavnike terapevtske delovne zveze*:

1. Elliott idr. (2011) izpostavljajo empatijo;
2. Farber in Doolin (2011) govorita o pozitivnem odnosu in potrjevanju v odnosu;
3. Kolden idr. (2011) raziskujejo skladnost/iskrenost terapevta;
4. Tryon in Winograd (2011) izpostavljata sodelovanje in strinjanje glede ciljev terapije;
5. Lambert in Shimokawa (2011) raziskujeta in izpostavljata pomen klientove povratne informacije glede delovnega odnosa;
6. Hayes idr. (2011) pa govorijo o pomenu terapevtovega upravljanja s kontratransferjem v odnosu.

Metaanalize raziskav zaključujejo, da obstajajo pomembni dokazi za povezanost med alianso in izidom terapije (Flückiger idr., 2018; Horvath, 1994; Horvath idr., 2011; Horvath in Symonds, 1991). Horvath idr. (2011) so opravili metaanalizo raziskav, ki je vključevala 190 neodvisnih podatkovnih virov, in s tem zajela več kot 14.000 klientov. Ugotovili so zmerno povezanost med alianso in izidom terapije ($r = 0,27$; $p < 0,0001$). Flückiger idr. (2018) so opravili metanalizo 295 študij, ki so bile izvedene med letoma 1978 in 2017. V metanalizo je bilo vključenih več kot 30.000 pacientov. Ugotovili so, da je splošna povezanost med alianso in izidom terapije $r = 0,278$ (95 % interval zaupanja $[0,256, 0,299]$, $p < 0,0001$; ekvivalent $d = 0,579$). Analizo so opravili tudi za psihoterapijo prek interneta in ugotovili podoben koeficient povezanosti ($r = 0,275$). Avtorji zaključujejo, da rezultati metaanalize potrjujejo robustnost povezanosti alianse s terapevtskim izidom.

Vse več avtorjev ugotavlja, da je za terapevtski proces pomembno kontinuirano spremljanje kvalitete terapevtske alianse in da v primeru motenj terapevt deluje v smeri njenega popravka (Barber idr., 2013; Eubanks idr., 2018; Safran in Muran, 2000). Eubanks idr. (2018) so v metaanalizi 11 študij, v katere je bilo vključenih 1314 pacientov, raziskovali povezanost med popravki alianse in izidom terapije. Ugotovili so srednjo stopnjo povezanosti med popravki alianse in izidom terapije ($r = 0,29$; $d = 0,62$; $p = 0,003$).

Kljub obsežnim raziskavam pa nekateri raziskovalci minimizirajo pomen terapevtskega odnosa in poudarjajo, da so odločilne terapevtske intervencije in da te napovedujejo izid močnejše kot aliansa, če kontroliramo vse ostale spremenljivke (DeRubeis idr., 2005; Strunk idr., 2010). Čeprav obstaja velika količina raziskav, ki navaja povezanost med terapevtsko alianso in izidom psihoterapije, ostaja neodgovorjeno pomembno vprašanje, ali ima aliansa vzročen vpliv na izid terapije ali pa gre povezava v nasprotni smeri, in sicer da spremembe v simptomatiki vplivajo na alianso. Puschner in sodelavci (2008) so v svoji raziskavi terapevtskega odnosa in izida raziskovali vzročni položaj obeh. Na podlagi dobljenih rezultatov raziskave navajajo dvom, da bi bila terapevtska aliansa močan napovednik izida. Predpostavljajo, da so morda ostale spremenljivke klienta in terapevta pomembnejše za uspešen izid. Zaključujejo, da je dobra terapevtska aliansa prej stranski produkt uspešne terapije kot pa predpogoj za uspešen izid. Napovedovali so kakovost alianse glede na stopnjo psihološkega distresa in obratno. Ugotavljajo, da huje oškodovani pacienti ocenjujejo alianso nižje kot blago oškodovani klienti. Zaključujejo, da ko je določena kakovost odnosa vzpostavljena, ta več ne napoveduje izida.

Na podlagi korelacijskih raziskav med procesom in izidom je alianso težko časovno umestiti oziroma ji dati prednost. Običajna raziskava, ki raziskuje povezanost procesa z izidom, ugotavlja oziroma meri izid kot spremembo od izhodiščne točke do zaključka terapije. Aliansa je običajno merjena enkrat med terapijo, na primer med tretjim ali petim srečanjem. Aliansa, merjena v tretjem srečanju, je potem korelirana s spremembo v klientovih simptomih ali spremembo v klientovem funkcioniranju od izhodiščne (začetne) točke do zaključka terapije in iz tega izhajajoča korelacija se potem opiše kot dokaz, da je aliansa pomembna determinanta izida terapije oziroma da pomembno določa izid terapije. Druga možna interpretacija govori o tem, da gre odnos med alianso in izidom v drugo smer: klientovo izboljšanje od izhodiščne točke do tretjega srečanja »povzročča« dobro alianso in takšno hitro napredovanje v terapiji je običajno tesno povezano z izidom ob zaključku terapije. To potemtakem prikazuje umeten odnos med alianso v tretjem srečanju in spremembo v simptomih od izhodiščne točke do zaključka (Crits-Christoph idr., 2013). Barber idr. (1999) in Gaston idr. (1991) ugotavljajo, da ni povezanosti med terapevtskim odnosom in izidom, če nadzorujemo oziroma upoštevamo zgodnje izboljšanje simptomatike. Po drugi strani pa avtorji navajajo, da zgodnje izboljšanje v simptomatiki napoveduje kakovost alianse.

V nasprotju s tem pa Falkenström idr. (2014) ugotavljajo, da delovna aliansa napoveduje izid terapije tudi ob nadzorovanju ali upoštevanju predhodnega izboljšanja simptomatike. Ugotavljajo recipročen vpliv v odnosu med alianso in izidom terapije. Podobno tudi Botella idr. (2008) ugotavljajo, da terapevtska aliansa igra odločilno vlogo pri napovedovanju izida terapije. Avtorji navajajo vzajemno pozitivno krepljenje relacije med alianso in izidom. To pomeni, da višja kot je moč alianse, bolj klient napreduje. Podobno velja v negativni smeri: šibkejša aliansa na začetku vodi do prezgodnjega zaključka terapije in epizode oslABLJENE alianse med samo terapijo zmanjšujejo skupni klientov napredek ali izboljšanje. Do podobnih zaključkov prihajajo tudi drugi raziskovalci (npr. Luborsky, 1994), ki navajajo, da obstaja pomembna povezava med kakovostjo terapevtske vezi in simptomatskim izboljšanjem v terapiji oziroma izidom terapije. Kakovost delovnega odnosa vidijo kot pokazatelj napredka samega procesa terapije.

Obširen pregled raziskav terapevtskega delovnega odnosa in refleksija na rezultate raziskav sta pokazala, da terapevtski odnos skupaj s tehnikami in metodami dela, klientovimi značilnostmi in terapevtovimi kvalitetami določajo, kako učinkovit bo izid terapije (Norcross in Wampold, 2011a).

Učinkovite sestavine terapevtskega odnosa

V okviru Ameriškega psihološkega združenja je bila ustanovljena posebna skupina (Interdivisional APA Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness), katere naloga je bila identificirati učinkovite sestavine terapevtskega odnosa (Norcross in Wampold, 2018). Namen skupine je bil obenem odkriti učinkovite metode dela v terapevtskem odnosu, ki jih prilagodimo posameznemu pacientu na podlagi njegovih transdiagnostičnih značilnosti.

Povzetek pregleda raziskav učinkovitih elementov psihoterapevtskega odnosa kaže, da so **dokazano učinkoviti** (Norcross in Wampold, 2018):

1. aliansa v individualni psihoterapiji, otroški in mladostniški terapiji in psihoterapiji parov/družinski terapiji;
2. sodelovalen odnos;
3. strinjanje glede ciljev;
4. empatija;
5. pozitiven (sprejemajoč) odnos in potrjevanje;
6. zbiranje in dajanje povratne informacije klientu.

Verjetno učinkovite (angl. *probably effective*) so tudi naslednje sestavine odnosa:

1. kongruentnost/pristnost;
2. avtentičen odnos (angl. *real relationship*);
3. čustvena izraznost;
4. spodbujanje pozitivnih pričakovanj;
5. spodbujanje verodostojnosti terapije;
6. upravljanje s kontratransferjem;
7. popravljanje motenj v aliansi.

Kot **obetavne kvalitete** oziroma sestavine delovnega odnosa, ki jih je treba še podrobneje raziskati, pa avtorji navajajo samorazkritje terapevta in povratne informacije klientu, kako ga terapevt doživlja v danem trenutku (angl. *immediacy*) (Norcross in Wampold, 2018).

Kot **nezaželene sestavine** terapevtskega odnosa, ki zaviralno oziroma negativno učinkujejo na izid terapije, so se izkazale terapevtova konfrontacija, negativni procesi (npr. sovražni, kritični govor), terapevtove predpostavke o klientovem doživljanju, pretirana osredotočenost na terapevtovo perspektivo (angl. *therapist-centricity*) in rigidnost (Norcross in Wampold, 2011a). Norcross in Lambert (2018) v kasnejšem pregledu raziskav dodajata tudi *kulturno arogantnost*, ki se nanaša na arogantno vsiljevanje terapevtovih kulturnih prepričanj z vidika spola, rase/etičnosti, seksualne orientacije in drugih dimenzij identitete, ki so povezani s kulturo. Po drugi strani pa terapevti, ki izkazuje kulturno skromnost in preverjajo klientovo zadovoljstvo s kulturno odzivnostjo terapevta, zvišajo klientovo udeleženo in možni izid terapije. Za negativne kvalitete terapevtskega odnosa je značilna slabša delovna aliansa, nizka stopnja kohezivnosti v skupinski terapiji, primanjkljaj sodelovalnosti, konsenza, empatije in pozitivnega sprejemanja (Norcross in Lambert, 2018). Vse to vpliva na izpad iz terapije. Neučinkoviti terapevti ne iščejo povratne informacije o napredovanju klientov in o odnosu, ignorirajo motnje v aliansi in se ne zavedajo svojega kontratransferja. Negativni vidiki so povezani tudi z slabšo kongruentnostjo terapevta (avtentičnostjo) in z manj čustvenimi terapevtskimi srečanji.

Empatija in izid psihoterapije

Kljub temu da raziskave kažejo povezanost med terapevtsko alianso in izidom terapije ter poudarjajo pomen terapevtovih odnosnih kvalitet in

pogojev, pa nam ne povedo, kateri procesi posredujejo med odnosom in izidom. Vlogo empatije v procesu spremembe so raziskale Watson in sodelavke (2014). Ugotovile so pomemben neposreden odnos med terapevtovo empatijo in izidom terapije ter pomemben posreden odnos, ki kaže, da se klientovo zaznavanje terapevtove empatije povezuje s pomembnim napredkom v stilu navezanosti (npr. klienti postanejo manj negotovi, bolje se znajo postaviti zase in v večji meri se sprejemajo) in pomembnim zmanjšanjem negativnega odnosa do sebe kot tudi z zmanjšanjem simptomatike in izboljšanjem samopodobe. Klientova zaznava terapevta kot empatičnega predstavlja aktivno sestavino terapije in pomemben mehanizem spremembe v terapiji in med drugim vodi v klientovo večjo empatijo do sebe (Watson idr., 2014).

Metaanaliza (Elliott idr., 2011), ki je povzela raziskave, ki so ugotovljale povezanost med terapevtovim empatičnim odnosom in izidom terapije, je zajela tudi vzorce humanistično-izkustvenih terapij ($N = 8$ oziroma 14 % od skupaj 59 vzorcev). Povprečna tehtana korelacija, izračunana na vzorcih humanistično-izkustvenih terapij, znaša 0,26 in je statistično pomembna ($p < 0,001$) in visoko konsistentna ($F^2 = 9\%$). Povprečna tehtana korelacija, izračunana na vzorcih vseh raziskav, zajetih v metaanalizo ($N = 59$), pa podobno znaša 0,30 ($p < 0,001$).

Razlikovanje med delovno alianso in terapevtovimi odnosnimi kvalitetai, kot so empatija, kongruentnost, spoštljiv odnos in brezpogojno sprejemanje, zasledimo tudi v raziskavi, ki sta jo opravili Watson in Geller (2005). Avtorici izpostavita, da lahko med konstruktoma prihaja do prekrivanja. Raziskovali sta povezanost med delovno alianso, terapevtovimi odnosnimi kvalitetai in izidom terapije v kognitivno-vedenjski terapiji in na čustva usmerjeni terapiji. Ugotovili sta povezanost med klientovo oceno delovne alianse in oceno terapevtovega spoštljivega odnosa, brezpogojnega sprejemanja, empatije in skladnosti v višini 0,72. Prav tako je klientova ocena terapevtovih odnosnih kvalitete napovedovala izid terapije. Avtorici zaključujeta, da terapevtove odnosne kvalitete služijo oblikovanju močnejše delovne zveze: krepljenju čustvene vezi s klientom ter doseganju soglasja glede ciljev in nalog terapije. Rezultati niso pokazali razlik med terapevti obeh smeri glede ocen empatije, brezpogojnega sprejemanja in kongruentnosti, so se pa klienti, ki so obiskovali na čustva usmerjeno terapijo, v odnosu počutili bolj spoštovane.

Treba je razločevati tudi med klientovim in terapevtovim zaznavanjem delovne alianse. Raziskave (Marcus idr., 2009) kažejo, da klientove ocene alianse napovedujejo, kateri terapevt bo imel boljše povprečne izide psihoterapevtskih obravnav. Terapevtove ocene alianse pa nimajo napovedne

vrednosti uspešnosti psihoterapije. To nakazuje, da so klienti bolj uglašeni na kritične vidike dobre terapevtske alianse. Prav tako terapevti s klienti ne oblikujejo istega tipa alianse. Vsak posamezen par oblikuje kvalitetno različno terapevtsko alianso. Do podobnih ugotovitev so v svoji metaanalizi prišle tudi Tryon in sodelavke (2007), da se namreč kljub pomembnosti sodelovanja med klientom in terapevtom njun pogled na delovni odnos velikokrat ne ujema. Podobno v svoji raziskavi ugotavljajo tudi Fitzpatrick in sodelavci (2005). Nizko povezanost med klientovo in terapevtovo oceno delovnega odnosa pogosto navajajo tudi druge raziskave (Casey, idr., 2005; Kivlighan in Shaughnessy, 1995).

Rhodes in sodelavci (1994) so ugotovili, da je način razreševanja nesoglasij v aliansi tista kvaliteta, ki razlikuje med dobrim in slabim izidom terapije. Primeri dobrega izida vključujejo predhodno vzpostavljen dober odnos, v katerem lahko klient asertivno izpostavi negativno doživljanje in na katerega se terapevt sprejemajoče odzove.

Pomen terapevtove odzivnosti

Številni raziskovalci ugotavljajo, da so terapevtove značilnosti in koncept odzivnosti tisti, ki odsevajo razlike v aliansi, ki jo klienti vzpostavijo in ocenijo. Stiles (2009) opozarja, da koncept terapevtove odzivnosti predstavlja težavo pri raziskovanju izida psihoterapije. Ne le da vrsta terapije, terapevt, klient in kontekstualne spremenljivke delujejo druga na drugo, ampak so tudi neodvisne spremenljivke delno odvisne od odvisnih spremenljivk. Kramer in Stiles (2015) terapevtovo odzivnost opredeljujeta kot vedenje, s katerim se odziva na trenutni kontekst. Terapevtova odzivnost lahko predstavlja težavo pri razumevanju delovanja in učinkovitosti psihoterapije. Problem odzivnosti pri raziskovanju učinkovitosti psihoterapije verjetno zahteva drugačno formulacijo raziskovalnih načrtov, kot so bili postavljeni v preteklosti. Eden izmed načinov je tudi kvalitativno raziskovanje psihoterapije. Da bi terapevt napredoval v svoji praksi, mora nenehno vaditi in se urediti v uporabi psihoterapevtskih veščin (angl. *deliberate practice*), kar zajema čas izven terapevtskih srečanj (Rousmaniere, 2016). Vsak terapevt lahko pomembno izboljša svojo psihoterapevtsko učinkovitost z načrtovano in konsistentno vajo psihoterapevtskih veščin.

V zadnjih desetletjih je velika večina raziskav na raznovrstnih populacijah klientov (z različnimi težavami) in terapevtskih modalitetah skladno zaključevala, da je kakovost terapevtskega odnosa povezana z izidom terapije. Glede na začetne ugotovitve so se v zadnjem desetletju raziskave poglobile

v naravo tega odnosa. Znotraj omejitev korelacijskega (neeksperimentalnega) raziskovalnega načrta nedavne raziskave podpirajo morebitno vzročno vlogo, ki jo igra pozitivna terapevtska aliansa na poti k relativno boljšemu izidu terapije. Stopnjo, do katere aliansa vpliva na izid terapije, je težko določiti s kakršnokoli verjetnostjo, saj na ocenjevanje odnosa vpliva več faktorjev, na primer število srečanj, ki jih vzorčimo, katera srečanja vzorčimo (začetne : končne), tip populacije klientov (vrsta težav) in tip terapevtske modalitete (Crits-Christoph idr., 2013).

Na splošno so raziskave pokazale, da raznoliki vidiki terapevtskega odnosa, ki jih merimo v času procesa terapije, pozitivno korelirajo z izidom terapije. Na področju raziskav, ki ugotavljajo povezanost procesa z izidi in proučujejo vpliv odnosnih pogojev in terapevtskih kvalitete na izid terapije, je zaslediti precej *metodološko šibkih točk in pomanjkljivosti* (Crits-Christoph idr., 2013). Rezultati raziskav niso konsistentni za vse kliente in vse klientove težave. Nekaterim klientom terapevtske kvalitete olajšajo proces, drugim ne. Prav tako klienti težko ocenijo nekatere terapevtske kvalitete (npr. neskladnost terapevta). Prisotni so tudi nelinearni učinki odnosnih kvalitete. Metodološke težave povzročajo tudi majhni vzorci raziskav in slabe metode vzorčenja, omejen izbor merskih instrumentov, ki bi ustrezno zajeli in merili posamezne odnosne kvalitete, in nizka zanesljivost merskih instrumentov. Treba pa je izpostaviti, da omenjene raziskave povečini niso izpeljane na način, da bi lahko govorili o vzročni povezavi, zanesljivem ocenjevanju, večnivojskem statističnem modeliranju ali točno določenih učinkih oziroma posledicah. Na podlagi raziskav vidikov terapevtskega odnosa je težko potegniti trdne zaključke o vzročnem vplivu. V prihodnjih letih bo morda raziskovanje omenjenih spremenljivk potegnilo za seboj tudi nerešena metodološka izhodišča, ki bodo lahko dovoljevala trdnejše zaključke. Pri tem uporabljeni raziskovalni načrti naj bi nadzirali predhodni potek simptomatike in vpliv tretjih spremenljivk. Uporabljeni instrumenti naj bi bili verodostojnejši in zanesljivejši, če želimo natančno umestiti pomen terapevtske aliance v terapevtskem procesu (Crits-Christoph idr., 2013).

Ne glede na omenjene metodološke pomanjkljivosti pa dosednji rezultati raziskav kažejo srednje visoko povezanost med pogoji terapevtskega odnosa in izidom terapije, čeprav je treba dodatno upoštevati, da gre za precej zapletene povezave, saj je odnos zelo kompleksen fenomen (Elliott idr., 2013). Kljub naštetim metodološkim pomanjkljivostim in težavam pa je povezanost med terapevtsko empatijo, delovno alianso in izidom terapije eno izmed empirično najbolj podprtih področij psihoterapevtskega raziskovanja (Elliott idr., 2011; Horvath idr., 2011).

Raziskovanje čustvenega procesiranja

Čustva in njihova regulacija so izredno pomembna za razumevanja klientovih težav in njihove obravnave. V psihoterapiji obstajajo različni konceptualni pristopi, ki se težav s pomanjkljivo in/ali pretirano regulacijo čustev lotevajo na različne načine. Čustva in njihova regulacija so pomembna za proces spremembe in izid terapije (Burum in Goldfried, 2007; Paivio in Greenberg, 2001).

Čeprav različni psihoterapevtski pristopi poudarjajo različne strategije upravljanja z neustrezno reguliranimi čustvi, pa se v večji meri strinjajo (Paivio in Greenberg, 2001), da:

1. gre pri čustvenih motnjah za pomanjkljivo oziroma prešibko čustveno regulacijo in/ali preveliko kontrolo nad čustvi. Klient lahko niha med obema slabo reguliranimi stanjema;
2. so čustva pomemben vir informacij za posameznika. Da bi posameznik svoja čustva lahko učinkovito reguliral in adaptivno funkcioniral, pa je pomembno, da se svojega čustvenega doživljanja najprej zaveda. Tudi negativno, neprijetno ali boleče čustvovanje prinaša pomembne informacije o vrednotah, življenjskih ciljih, klientovih ranah, potrebnih spremembah in podobno;
3. imata v uspešni čustveni regulaciji pomembno vlogo tudi jezik in ustvarjanje pomena. Ustrezno opisovanje čustvenega doživljanja pripomore k učinkovitosti čustvene regulacije prek večjega zavedanja, osmišljanja in moduliranja intenzitete čustev;
4. imajo težave s čustveno (dis)regulacijo razvojne korenine. Kapaciteta za ustrezno reguliranje čustev se razvije prek starševske empatije, sprejemanja in podpore pri otrokovem čustvenem doživljanju. V terapiji gre za korektivno izkušnjo otrok–starš prek varnega terapevtskega odnosa, v katerem terapevt potrjuje in se empatično odziva na klientovo čustveno doživljanje.

Terapevti se vedno bolj strinjajo glede osrednje vloge čustev pri doseganju terapevtske spremembe (Burum in Goldfried, 2007). Ustrezno prepoznavanje čustev je ključno za psihološko zdravje in večina terapevtskih pristopov prepoznava pomanjkljivo zavedanje čustev kot enega izmed problemov, ki jih je potrebno nasloviti v psihoterapiji. Intervencije, usmerjene v čustveno regulacijo, se lahko razlikujejo. Integrativni način obravnave kompleksne narave čustvene (dis)regulacije vključuje (McMain idr., 2010; Paivio in Greenberg, 2001): i) priznavanje in sprejemanje klientove izkušnje

ter spremljanje kapacitete za čustveno modulacijo, ii) spodbujanje klientovega zavedanja in sprejemanja čustev ter vpogleda, iii) pomoč klientu pri zmanjševanju izogibanja in čustvene inhibicije, iv) povečevanje kapacitete za adaptivno izražanje čustev, v) spodbujanje pozitivnih čustvenih izkušenj, vi) spodbujanje in utrjevanje spremenjenih čustvenih procesov s pomočjo izkustvenih vaj in vedenjskih principov spremembe, vii) psihoedukacijo o negujočem starševskem odnosu, čustvih in njihovi vlogi ter viii) empatičen, sprejemajoč, varen, iskren terapevtski odnos, ki omogoči, da klientove obrambe popustijo.

Žvelc in Žvelc (2021) podobno ugotavljata, da so temeljni z dokazi podprti procesi dela z emocijami zavedanje čustev, sprejemanje čustev, izražanje čustev in čustvena regulacija. Zato da bo klient v terapevtskem procesu uspešneje uravnaval svoja čustva, je pomemben terapevtov empatični odnos (Paivio in Laurent, 2001). Terapevtova empatija predstavlja odnosni faktor, kot tudi intervencijo, ki prispeva k uravnavanju čustvene intenzitete in povečanju zavedanja čustvene izkušnje. Prav tako pripomore k boljši predelavi klientovih travmatskih spominov. Tudi Fosha (2001) poudarja pomen terapevtskega odnosa pri klientovi čustveni regulaciji, saj zmanjšuje klientovo obrambno izogibanje intimnemu odnosu in olajša dostop do jedrne čustvene izkušnje (angl. *core emotional experience*) ter omogoča izboljšanje klientovih težav z uravnavanjem čustev. Klient v čustveno živem terapevtskem odnosu bolje tolerira in komunicira svoja čustva, kar obenem krepi občutek varnosti in intimnosti ter odprtost v odnosih. Ključnega pomena za terapevtsko spremembo so pozitivna čustva in pozitivno čustveno doživljanje, ki kažejo na zdravilen proces transformacije (Fosha, 2004, 2009). Blackledge in Hayes (2001) ponudita nekoliko drugačen pristop pri delu s čustveno regulacijo. Terapija sprejemanja in predanosti klienta neposredno usmeri v doživljanje težavnih čustvenih stanj in ga vabi v njihovo sprejemanje. Temelji na predpostavki, da je klienta »kultura dobrega počutja« pripeljala do tega, da neprijetna čustva negativno vrednoti in se jim želi izogniti. Izogibanje pa na drugi strani poveča njegove težave, saj zaradi tega ne pride do informacij, ki bi mu omogočile osebnostno rast.

V nadaljevanju si bomo nekoliko podrobneje ogledali raziskovanje čustvenega procesiranja v povezavi z izidom terapije, ki se nanaša predvsem na raziskovanje procesov spremembe (raziskave, ki ugotavljajo povezanost procesa z izidi) znotraj humanistično-izkustvenih psihoterapij.

Raziskave humanistično-izkustvenih terapij kažejo, da je globina klientovega doživljanja povezana z izidom terapije. Klientovo čustveno procesiranje

med terapevtskim srečanjem se pozitivno povezuje z izidom terapije, čeprav pri tem ne gre za enoznačne in linearne povezave. Na primer: raziskava, ki so jo opravili Goldman idr. (2005), kaže, da je zvišanje ravni klientovega doživljanja med terapijo močnejši napovednik izida kot terapevtska aliansa.

Raziskavo, ki sta jo opravila Pascual-Leone in Greenberg (2007), je čez nekaj let nadgradil Pascual-Leone (2009) in raziskal, kako trenutno čustveno dogajanje doprinaša k večji končni spremembi oziroma kakšna čustvena dinamika je značilna za dober izid terapije. Rezultati kažejo, da je učinkovito čustveno procesiranje povezano z boljšim izidom terapije kot tudi povečanim razponom čustvenega doživljanja. Proces spremembe je potekal dinamično in nelinearno in v skladu z vzorcem »dva koraka naprej, enega nazaj«.

Višje čustveno vzburjenje v srednji fazi terapije skupaj z njegovim reflektiranjem (Missirlian idr., 2005) in globlje čustveno procesiranje v kasnejši fazi terapije (Pos idr., 2003) napovedujeta dober izid terapije. Visoko čustveno vzburjenje z visoko stopnjo njegovega reflektiranja razlikuje med klienti z dobrim in slabim izidom in kaže na to, da je pomembno kombinirati vzburjenje in ustvarjanje njegovega pomena (Missirlian idr., 2005).

Pos in sodelavci (2003) so ugotovili, da se klientova sposobnost čustvenega procesiranja (globina čustvenega doživljanja) v času terapije izboljša. Izboljšanje čustvenega procesiranja prav tako napoveduje izboljšanje izida terapije, je pa prisoten učinek začetne kapacitete za procesiranje čustev, ki ravno tako napoveduje izid terapije. Rezultati kažejo, da tudi delovna aliansa napoveduje izboljšanje v času terapije, in to neodvisno od čustvenega procesiranja.

Manjša pogostost sekundarnih in večja pogostost primarnih adaptivnih čustev v delovni fazi terapije pomembno napoveduje izid. Prav tako je z izidom povezana zmerna raven primarnih neadaptivnih čustev v srednji fazi. Izid napoveduje tudi hitrost napredovanja od primarno neadaptivnih k primarno adaptivnim čustvom (Herrmann idr., 2016).

Raziskovanje povezanosti med klientovo kapaciteto za regulacijo afekta, čustvenim procesiranjem, delovno alianso in izidom terapije je pokazalo, da lahko na podlagi klientove predhodne kapacitete za regulacijo afekta napovedujemo stopnjo čustvenega procesiranja v posameznih terapevtskih fazah in izid terapije (Watson idr., 2011). Klientova kapaciteta za regulacijo afekta na koncu terapije napoveduje izid terapije neodvisno od delovne aliense. Na podlagi rezultatov lahko zaključimo, da ima klientova kapaciteta

za regulacijo afekta v zgodnjih terapevtskih fazah pomemben vpliv na kakovost čustvenega procesiranja med terapijo in na izid terapije.

Raziskave dela z intrapsihičnim konfliktom in nedokončanimi zadevami

Navajamo nekaj rezultatov raziskav čustvenega procesiranja znotraj razreševanja intrapsihičnega konflikta in dela z nedokončanimi zadevami znotraj humanistično-izkustvenih terapij. Raziskovanje povezav med tehnikami in terapevtskimi nalogami (npr. delo z deli znotraj sebe, delo z nedokončanimi zadevami) ter klientovim procesiranjem (predelovanjem) je tudi eno izmed področij raziskovanja psihoterapevtskega procesa. Razreševanje intrapsihičnega konflikta, povezanega z dilemo pri odločanju (angl. *resolving decisional conflict*), sta s pomočjo intervencije dela z deli znotraj sebe (tehnike dveh stolov) opisala že Greenberg in Webster (1982). V raziskavi so sodelovali klienti, ki so obiskovali psihoterapevtski proces zaradi težav pri odločanju (npr. niso se mogli odločiti med več alternativami). Tehnika dveh stolov jim je omogočila, da so razrešili konflikt prek soočenja in pogovora dveh nasprotujočih si delov sebe. Klienti, ki so konflikt uspešno razrešili, so bili po terapiji pomembno manj anksiozni in manj neodločni. Poročali so o večjem napredku pri začetnih težavah in vedenjskih spremembah. Udeleženci, ki so po terapevtskem srečanju navajali, da se je njihov »kritik« omehčal, so poročali o višji stopnji razrešitve konflikta, o manj neudobnem počutju, večji spremembi razpoloženja in večji usmerjenosti k ciljem.

Procese ob delu z deli znotraj sebe sta raziskala tudi Whelton in Greenberg (2005). Raziskava je vključevala osebe z visoko in nizko stopnjo samoobtoževanja ter odzivanje enih in drugih na samoobtoževanje. Osebe z visoko stopnjo samoobtoževanja so kazale višjo stopnjo prezira in odpora do sebe, bile so manj odporne na kritiko: manj asertivne v vedenju, bolj podredljive, z več žalosti in sramu. Rezultati raziskave izpostavijo pomen čustvovanja in negativnega mišljenja pri depresivnih stanjih. Avtorja zaključujeta, da čustveno procesiranje ob delu z deli znotraj sebe (npr. tehnika dveh stolov) predstavlja pomemben vidik klientovega procesa spremembe. Delo z deli znotraj sebe zmanjša občutja prezira in odpora do sebe ter s tem depresivno simptomatiko.

Shahar in sodelavci (2012) so raziskali, kako intervencija dela z deli znotraj sebe (tehnika dveh stolov) učinkuje na klientovo samoobtoževanje. Samoobtoževanje najdemo pri mnogih psiholoških težavah in napoveduje slab izid terapije. Rezultati raziskave kažejo, da je bila uporaba v čustva usmerjene intervencije (tehnike dveh stolov) povezana s pomembnim povečanjem

sočutja do sebe in izboljšanjem sposobnosti pomirjanja sebe v stresnih situacijah ter pomembnim zmanjšanjem samoobtoževanja, depresivne in anksiozne simptomatike. Velikosti učinka so bile srednje do velike. Večina klientov je na koncu terapije kazala nizko ali neklinično stopnjo simptomov in to stopnjo uspela obdržati tudi ob vnovičnem merjenju po šestih mesecih.

Razreševanje nedokončanih zadev (pogovor s praznim stolom) sta raziskala Greenberg in Malcolm (2002). Raziskava ugotavlja povezanost procesa razrešitve nedokončanih zadev (s klientu pomembno osebo) z izidom terapije. Klienti, ki so predhodno izrazili nezadovoljene odnosne potrebe do pomembnih drugih in so z razreševanjem nedokončanih zadev spremenili pogled na druge, so dosegli pomembno boljši izid terapije (npr. izboljšanje medosebnih odnosov, manj problemov in simptomov, boljši stik s seboj). Proces razrešitve nedokončanih zadev, ki ga je klient izvedel s pomočjo tehnike praznega stola, je bolje napovedoval izid terapije kot pa terapevtska delovna aliansa. Tudi stopnja čustvenega vzburjenja je pomembno razločila med tistimi, ki so težavo razrešili, in tistimi, ki je niso.

Paivio in sodelavci (2010) so v raziskavi primerjali dve obliki intervencij v okviru v čustva usmerjene terapije: imaginarno konfrontacijo s povzročiteljem travme in empatično raziskovanje travmatskih spominov. Pri »imaginarni konfrontaciji« so klienti govorili neposredno s povzročiteljem travme, ki so si ga predstavljali na praznem stolu. Pri »empatičnem raziskovanju« pa so se klienti o povzročitelju travme pogovarjali s terapevtom. Klienti obeh različic terapije so kazali zelo veliko mero učinka (po Cohenu) ter klinično in statistično pomembno izboljšanje (zmanjšanje simptomov, zmanjšanje odnosnih težav in težav, povezanih z zlorabo). Klienti z »imaginarno konfrontacijo« so v primerjavi s klienti z »empatičnim raziskovanjem« dosegli boljši izid terapije, vendar pa je med njimi prišlo do večjega predčasnega prenehanja (angl. *drop out*) glede na skupino klientov, ki so svojo izkušnjo »empatično raziskovali«. Avtorji zaključujejo, da je »empatično raziskovanje« za kliente manj stresno in da nekateri klienti niso primerni za intervencije z izpostavljanjem. Ob slabši terapevtski aliansi in slabši odločenosti, da želijo odpraviti težave, ki jim jih pretekla travma povzroča, je predčasen zaključek precej verjeten.

Kvaliteta čustvenega procesiranja, terapevtski odnos in izidi terapije

Za uspešno čustveno procesiranje in doseganje spremembe v terapiji je potreben dober terapevtski odnos (Greenberg, 2004, 2010). Varen, podporen in empatičen terapevtski odnos sam po sebi blaži in uravnava klientova slabo

regulirana čustva, ki se v terapiji prebujajo (Bohart in Greenberg, 1997). Raziskave kažejo, da visoko čustveno vzbujenje (angl. *high arousal*) napoveduje dober izid terapije le takrat, kadar je vzpostavljena močna terapevtska aliansa (Iwakabe idr., 2000). Čustveno vzbujenje je sicer potreben, vendar ne zadosten pogoj za napredek v terapiji. V terapiji je pomembna stopnja produktivnega procesiranja čustvenega vzbujenja in ne le čustveno vzbujenje kot tako (Greenberg idr., 2007). Čustvena produktivnost (angl. *emotional productivity*) (v smislu kakovosti in ne količine čustvenega procesiranja) je tista, ki pripelje do razlike med tem, ali bo izid terapije dober ali slab. Auszra s sodelavci (2013) ter Greenberg s sodelavci (2007) opredeljujejo čustveno produktivnost kot optimalno čustveno stanje kontakta in zavedanja čustvenega doživljanja. Klient svoje čustveno doživljanje telesno občuti, opazuje, ubesedi in sprejme. Klient ustvari pomen doživljanja, ki ga uspe regulirati, in to doživljanje ga ne preplavi. Vsebina in namen čustvenega izražanja se ujemata. Klientova čustvena produktivnost pomembno napoveduje izid terapije in izboljšanje simptomov (Auszra idr., 2013), produktivno čustveno procesiranje prek delovne alianse pa napoveduje izid terapije.

Terapevtov empatični odnos je prek močnejše terapevtske alianse in klientskega poglobljenega čustvenega procesiranja pozitivno povezan z zmanjšanjem simptomov oziroma je terapevtska delovna aliansa pozitivno povezana s čustvenim procesiranjem in izidom terapije (Malin in Pos, 2015; Pos idr., 2009).

Pos in sodelavci (2009) navajajo, da sta se terapevtska aliansa in čustveno procesiranje v času trajanja izkustvene (angl. *experiential*) psihoterapije pomembno izboljšala. Ob kontroli obeh spremenljivk na začetku terapije sta klientova raven doživljanja oziroma čustveno procesiranje med delovno fazo terapije neposredno in najbolj napovedovala izboljšanje simptomatike, kot tudi izboljšanje samopodobe. Terapevtska aliansa v času trajanja delovne in zaključne terapevtske faze je pomembno prispevala k izboljšanju čustvenega procesiranja in posredno k izidu terapije, medtem ko je aliansa, merjena na začetku terapije, neposredno napovedovala izid terapije.

Carryer in Greenberg (2010) sta ugotavljala povezanost med alianso, ravno čustvenega vzbujenja in njegovega izražanja in izidom. Ugotovila sta, da sta visoka oziroma nizka raven čustvenega vzbujenja in njegovega izražanja povezani z različnimi izidi terapije. Rezultati kažejo, da klientovo močno čustveno doživljanje in njegovo polno izražanje napovedujeta dober izid le, če se to ne dogaja predolgo in prepogosto. Prav tako tudi pogosto minimalno vzbujenje napoveduje slab izid, nelinearni vzorci izražanja

čustvenega vzburljenja pa pomembno bolje napovedujejo izid terapije kot aliansa. Tako preveč kot premalo čustvenega doživljanja nista blagodejna za terapevtski proces in izid.

Raziskovanje procesov in sprememb z vidika klientovega doživljanja

Ta vrsta raziskav skuša poglobljeno raziskati procese in spremembe z vidika klientovega doživljanja in večinoma ne poveže teh procesov z objektivnim izidom terapije. Kljub temu pa takšne raziskave predstavljajo temelje razumevanja narave dogajanja v psihoterapiji, saj osvetljujejo pomembne procesne spremenljivke (Crits-Christoph idr., 2013). V nadaljevanju navajamo procesne raziskave, ki vključujejo raziskovanje klientove izkušnje terapevtskega procesa, klientov retrospektivni priklic spodbujajočih in zaviralnih vidikov terapije ter raziskovanje spodbujajočih in zaviralnih pomembnih dogodkov z vidika klientovega doživljanja.

Raziskovanje klientove izkušnje terapevtskega procesa

V nadaljevanju bomo opisali nekaj pomembnih kvalitativnih raziskav klientove izkušnje terapevtskega procesa.

Analizo klientove izkušnje terapije s pomočjo metode utemeljene teorije je opravil Rodgers (2002), ki je opredelil štiri osrednje kategorije: *dovoljenje* (npr. klienti so si v varnem in anonimnem terapevtskem odnosu dovolili spregovoriti o težkih notranjih vsebinah, terapevt je bil za to strokovno usposobljen), *zavezanost* (npr. klienti so se počutili povezani s terapevtom, aktivno udeleženi v procesu in tudi v stiku s seboj), *transparentnost* (npr. odprtost v odnosu jim je omogočila tudi poglobljeno in bolj iskreno pogledati vase), *preoblikovanje* (s pomočjo terapevta so npr. ustvarjali pomen izkušnje, razreševali probleme in uspeli nanje pogledati z drugega vidika). Proces spremembe poteka prek treh stopenj. Ko klient vstopi v terapijo, dovoljenje, zavezanost, transparentnost in preoblikovanje doživlja tako, kot da prihajajo od terapevta oziroma da jim terapevt da dovoljenje za delo na sebi, da jih terapevt zaveže v proces dela, vidi v njihov notranji svet in omogoči drugačen pogled na težave. V drugi fazi tudi sami vstopijo v opisano dinamiko dogajanja, kar pripelje do zadnje faze, ko doživijo lastno refleksijo odnosa in dogajanja v odnosu: dovolijo si, da pridejo v stik s seboj, da so iskreni in odkriti do sebe ter da predelajo in razrešijo težave. Avtor izpostavlja, da rezultati kažejo, da klienti aktivno upravljaajo odnos in aktivno sledijo svojim potrebam v odnosu.

Rennie (1994) je raziskoval klientovo izkušnjo podreditve klienta terapevtovemu mnenju, zahtevam in veščinam (angl. *deference*). Opravil je 14 intervjujev s klienti o izkušnji enega zadnjih terapevtskih srečanj. Klienti so obiskovali različne oblike psihoterapije (na osebo usmerjena, gestalt, transakcijska analiza, vedenjska, racionalno emotivna in eklektična). Intervju je potekal s pomočjo zvočnega posnetka terapevtske ure, ko je klient lahko prekinil posnetek, kadarkoli je presodil, da se je v tistem trenutku dogodilo nekaj pomembnega; potem je omenjeni dogodek opisal. Klientovi opisi so bili razvrščeni v osem podkategorij. Podkategorije koncepta klientove izkušnje podreditve obsegajo: klientovo zanimanje za terapevtov pristop (npr. klienti ocenjujejo terapevtove intervencije glede na to, ali se skladajo z njunim načrtom za terapevtsko uro), strah pred kritiziranjem terapevta (npr. klienti so do terapevtovega dela izredno spoštljivi in jih ne soočijo z njihovimi pomanjkljivostmi, ampak jih vzamejo v zakup), sprejemanje terapevtovih omejitev (npr. toleriranje terapevtovih napak ali nerazumevanja) in klientovo razumevanje terapevtovega pojmovnega okvira (npr. klienti želijo razumeti terapevtovo subjektivno izhodišče). Prav tako podkategorije vključujejo še željo klienta, da ugotovi zaznamim terapevtovim pričakovanjem (npr. želi biti »dober klient«), klientovo metakomunikacijo (npr. klient se želi pogovoriti o njuni komunikaciji), klientovo »ogrožanje« terapevtove samopodobe (npr. klient želi zmanjšati terapevtovo moč in avtoriteto nad njim in to stori zelo subtilno) in klientovo zavezanost terapevtu (npr. klient je hvaležen terapevtu, da ga razume in se z njim ukvarja). Avtor ugotavlja, da so klienti v terapevtski proces vpeti na dveh ravneh: na ravni ustvarjanja pomena in ravni spremljanja terapevta in njegovega dela. Avtor ugotavlja, da tudi dobra delovna aliansa vključuje občasna »nesoglasja«. Izhaja iz predpostavke, da so terapevti v raziskavo povabili svoje »najboljše« kliente oziroma tiste, za katere so presodili, da imajo z njimi vzpostavljeno močno terapevtsko alianso.

Tudi Moerman in McLeod (2006) sta prav tako kot Rennie (1994) uporabila intervju s pomočjo priklica ob zvočnem posnetku terapevtske ure. Raziskava je zajemala šest klientov, ki so obiskovali v klienta usmerjeno terapijo zaradi težav, povezanih z zlorabo alkoholnih pijač. Intervjuje sta analizirala s pomočjo metode utemeljene teorije in prišla do treh središčnih kategorij, ki sta jih poimenovala izkušnja sebe, izkušnja terapevta v terapevtskem odnosu in izkušnja učinka terapije.

Timulak in Creaner (2010) sta opravila kvalitativno *metaanalizo* kvalitativnih raziskav humanistično izkustvenih psihoterapij (HIP). Zajela sta 106 kvalitativnih klientovih opisov izida psihoterapevtskega procesa, ki so

obiskovali eno izmed oblik HIP. Metoda zbiranja kvalitativnih podatkov primarnih raziskav je bil opravljen intervju spremembe pri klientu po terapiji. Avtorja sta ugotovila tri središčne metakategorije z enajstimi pripadajočimi kategorijami:

1. Cenjenje svojega doživljanja (angl. *appreciating experiences of self*) vključuje sedem kategorij, ki se nanašajo na *izboljšano čustveno doživljanje* (npr. več upanja, večja stabilnost in čustveno blagostanje, več miru in izboljšano počutje, večji optimizem, sprejemanje svojega čustvovanja, izboljšano čustveno izražanje in upravljanje čustev), *sprejemanje svoje ranljivosti* (npr. dovolijo si občutiti bolečino, manj obramb do sebe, iskrenost do sebe, odprtost za spremembe, dovolijo si odžalovati izgube, večja tolerantnost do svojih težav in neuspehov), *sočutje do sebe* (npr. povečana samozavest in boljša samopodoba, večja skrb zase), *večjo psihološko prožnost* (npr. predelovanje težkih vsebin), *opolnomočenje* (npr. večje zaupanje vase, boljše počutje, izboljšano delovanje in soočanje s problemi, večje udejstvovanje v dejavnostih, povečan lokus kontrole nad življenjem, izboljšanje pri sprejemanju odločitev, bolj se postavijo zase in prevzamejo iniciativo v situacijah), *izboljšanje simptomov* (znajo premostiti težavne situacije, simptomatika se je zmanjšala, občutili so olajšanje), *izboljšanje življenjskih okoliščin* (npr. izboljšanje življenjskih razmer).
2. Cenjenje doživljanja sebe v odnosih z drugimi (angl. *appreciating experience of self in relationship with others*) vključuje dve kategoriji, ki se nanašata na *izboljšano podporo v odnosih* (npr. povečano spoštovanje otrok, iskanje podpornih mrež) in *večjo željo po druženju* (npr. izboljšani odnosi in izboljšano delovanje v odnosih, povečana asertivnost v odnosih, manjša odvisnost od odnosov, večja odprtost in strpnost v odnosih).
3. Spremenjen pogled nase in na druge (angl. *changed view of self/others*) vključuje dve kategoriji, ki se nanašata na *vpogled vase in zavedanje sebe* (npr. boljše razumevanje sebe, razumevanje psiholoških vzorcev in zlorablajočega vedenja) in *spremenjen pogled na druge* (npr. začeli so se zanimati za druge, do njih so spremenili odnos in stališča, sprejemajo njihove napake, lahko si zamislijo njihov pogled).

Timulak in Creaner (2010) navajata, da se velik del izidov primarnih raziskav ujema s teorijo, na kateri slonijo HIP; izboljšano čustveno doživljanje, opolnomočenje, prožnost, povečano zavedanje sebe so na primer prvotni potencialni izidi HIP. Klienti poročajo tudi o izidih, kot so izboljšanje simptomov, izboljšano delovanje v odnosih in uvid (angl. *insight*). Avtorja izpostavljata predvsem dve ugotovitvi – prva je izboljšano sočutje do sebe (angl.

self-compassion), ki ga lahko primerjamo s konceptom sprejemanja samega sebe (angl. *self-acceptance*), ki ga je izpostavil že Rogers (1961). Kot drugo zanimivo ugotovitev izpostavljata povečano ranljivost (angl. *appreciating vulnerability*), ki jo klienti cenijo in je izid terapevtskega procesa. Ugotovitev se ne sklada s tradicionalnim ciljem terapije, ki želi omiliti simptome, je pa skladna s teorijami HIP, ki poudarjajo »pravi ali avtentični jaz«. Avtentični jaz ni nujno brez bolečin. Ranljivost dopušča bolečino, vendar tudi stik s potrebami posameznika. Na drugi strani pa nekateri klienti raje opustijo spremembe, kot da bi tvegali bolečino, ki jo ranljivost prinaša. To kaže, da proces ni tako preprost, kot so klienti morda mislili na začetku. Avtorja ugotavljata, da je do poslabšanja prišlo le v okviru dveh raziskav. Negativen izid terapije vključuje nerazrešitev težav, zaradi katerih je klient poiskal terapijo, preplavljenost s problemi, občutek, da jim je terapevt škodoval, jih ni razumel, in tudi strah pred spremembami ter povečano blokado pred čustvi in občutki, kar je onemogočilo spremembo (Timulak in Creaner, 2010).

Raziskovanje spodbujajočih in zaviralnih pomembnih dogodkov v terapiji

Raziskovanje *spodbujajočih in zaviralnih pomembnih dogodkov* v terapiji običajno predstavlja samostojno vejo raziskovanja, pri kateri se uporabljajo mešane metode raziskovanja. Klienti s svojega vidika navedejo, kateri dogodki so jim v terapevtskem srečanju najbolj pomagali in kateri so jih zavirali (Elliott idr., 2013). Takšno raziskovanje poteka s pomočjo retrospektivnega priklica spodbujajočih in zaviralnih vidikov terapije (Knox, 2008; Rodgers, 2002; Schnellbacher in Leijssen, 2009).

Watson in Rennie (1994) sta raziskovala klientovo izkušnjo pomembnih trenutkov, ko sta s terapevtom razreševala »problematično«
odnosno izkušnjo. Za zbiranje in analizo podatkov sta uporabila intervju priklica s pomočjo zvočnega posnetka terapije in metodo utemeljene teorije. Rezultati, pridobljeni na osmih klientih, ki so imeli blage anksiozno-depresivne in odnosne težave, so pokazali dve osrednji kategoriji. Prva kategorija se nanaša na *klientovo doživljanje*, ki kaže, da so klienti ob terapevtskih intervencijah svoje doživljanje simbolizirali in ustvarili pomen izkušnje, jo reflektirali in prišli do novega spoznanja o lastni identiteti. Druga kategorija se nanaša na *klientovo izkušnjo terapije in terapevtski odnos*. Proces je potekal tekoče in blagodejno, če sta klient in terapevt v procesu sodelovala, zaviralno pa, če je med njima prišlo do nesoglasij. Rezultati kažejo, da je proces spremembe potekal učinkoviteje, če je bil klient čustveno angažiran za delo na sebi.

Modic in Žvelc (2015) sta v kvalitativni analizi o spodbujajočih vidikih terapevtskega odnosa v integrativni relacijski psihoterapiji ugotovila, da spodbujajoči vidiki terapevtskega odnosa predstavljajo zdravilne vidike psihoterapije. V raziskavi sta s pomočjo intervjuja spremembe klienta (Elliot idr., 2001) opravila intervjuje s 16 klienti, ki so vsaj eno leto obiskovali integrativno psihoterapijo. Pri tem sta osnovala šest temeljnih kategorij spodbujajočih vidikov terapevtskega odnosa:

1. *Empatična uglašenost*, ki vključuje več podkategorij, ki se nanašajo na različne aspekte uglašenosti: čustveno uglašenost terapevta, razumevanje klientovega doživljanja, uglaševanje na klientov proces in klientovo izkušnjo kontakta.
2. *Sprejemanje*, ki se nanaša na terapevtovo brezpogojno sprejemanje.
3. *Varnost in zaupanje*
4. *Povezanost*, ki se nanaša na vidike povezanosti s terapevtom, ki je doživet kot zanesljiva, stabilna in konstantna oseba.
5. *Nova odnosna izkušnja*
6. *Ujemanje*, ki se nanaša na dejavnike osebnostnega ujemanja in ujemanja glede delovnih nalog.

Na podlagi rezultatov raziskave sta avtorja razvila *model zdravilnega odnosa v integrativni psihoterapiji*, ki opisuje medsebojno prepletenost spodbujajočih vidikov terapevtskega odnosa (Modic in Žvelc, 2015). Kategoriji empatična uglašenost in sprejemanje sta se izkazali kot najbolj pomembni z vidika terapevtovega doprinosa k zdravilnemu terapevtskemu odnosu. Klienti so opisovali, da je terapevtovo empatično uglaševanje in sprejemanje vplivalo na razvoj varnosti in zaupanja, občutek povezanosti in na novo odnosno izkušnjo. Klientom se zdi pomembno tudi medsebojno ujemanje, ki vključuje tako doprinos terapevta kot klienta.

Opravljene so bile metaanalize raziskav pomembnih dogodkov (Timulak, 2007, 2010), ki predstavljajo povzetek klientove izkušnje spodbujajočih dogodkov v terapiji. Osrednje kategorije so vezane na vedenje, mišljenje, čustvovanje, motivacijo in terapevtski odnos. Klienti navajajo, da so razvili nove strategije za reševanje težav in spremenili vzorce vedenja. Pridobili so nov pogled nase in druge ter pričeli bolj razumeti sebe in druge. Terapija jih je opolnomočila pri soočanju z vsakdanjimi situacijami.

Empatičen terapevtski odnos in izkušnja varnosti predstavljata za kliente pomembno novo čustveno izkušnjo, zaradi katere so občutili olajšanje in postali manj zaskrbljeni. V odnosu s terapevtom so dobili edinstveno

odnosno izkušnjo, da jih nekdo globoko razume, je aktivno udeležen v odnosu ter jim nudi podporo in sprejemanje. Pomembna se jim zdita tudi lastna aktivna udeležba in vpliv na proces dogajanja v terapiji.

Raziskovanje spodbujajočih in zaviralnih dogodkov v terapiji (Richards in Timulak, 2012; Timulak idr., 2010; Timulak in Elliott, 2003) kaže, da je *klientov občutek varnosti* v terapevtskem procesu izrednega pomena, ki pa se lahko tudi hitro poruši. Pomemben je *terapevtov empatični odnos*, ki lajša predelovanje in čustveno procesiranje ali delo s težkimi vsebinami, klienta opogumlja in pripomore k novemu zavedanju in vpogledu. Pomembni trenutki terapevtskega procesa in odnosa imajo za klienta tudi trajne učinke in pripomorejo h klientovi spremembi. Klienti poročajo, da kakovosten odnos *soustvarjata* oba udeleženca. Terapevtski odnos prinese tudi korektivno čustveno in odnosno izkušnjo za klienta, ki ima prav tako trajne učinke.

Drugi del
PSIHOTERAPEVTSKA
INTEGRACIJA

4 Uvod v psihoterapevtsko integracijo

V zadnjih treh desetletjih je v porastu integrativno gibanje, za katerega sta značilna duh odprtega raziskovanja in transteoretičen dialog (Norcross in Goldfried, 2005). Namen integrativnega gibanja je razvijati okolje in okvir za dialog med različnimi pristopi (Feixas in Botella, 2004), iti preko njihovih omejitev, se iz njih učiti in integrirati stvari, s katerimi bolj pomagamo klientu in povečamo učinkovitost psihoterapije (Norcross in Goldfried, 2005). Psihoterapevti izberejo določen teoretski model, vendar ga potem v svoji klinični praksi vedno pogosteje uporabljajo prilagojeno in na integrativni način. Vedno večje število psihoterapevtov se ne opredeli zgolj za eno psihoterapevtsko modaliteto, temveč za pripadnike integrativne ali eklektične psihoterapije (Feixas in Botella, 2004).

Psihoterapevtska integracija na splošno ne predstavlja točno določene kombinacije psihoterapevtskih teorij. Je bolj okvir za združevanje teorij, ki terapevta najbolj pritegnejo in jih pri delu s klienti lahko uporabi. Do psihoterapevtske integracije je prišlo zaradi nezadovoljstva in pomanjkljivosti posameznih psihoterapevtskih modalitet (Norcross in Goldfried, 2005). Psihoterapevti so v želji kar najbolj pomagati klientu pogledovali k drugim modalitetam, da bi ugotovili, kaj je pri njih uporabnega in kaj se od njih lahko naučijo.

V zadnjem obdobju prihaja do hitrega porasta integrativnih oblik psihoterapije. Psihoterapevtska integracija se odvija na podlagi mnogoterih medsebojno prepletenih faktorjev. Ti so (Norcross, 2005):

1. hitra rast števila različnih psihoterapevtskih oblik (več kot 500);
2. nezadostnost in pomanjkljivosti vsake od teoretskih smeri za potrebe vseh klientov in njihovih težav. Klinična praksa potrebuje fleksibilnejše pristope za reševanje realnih klientovih težav;

3. socioekonomske zahteve partnerjev, kot so zavarovalnice, odločevalci in klienti sami, ki želijo imeti vpogled v dokaze, da je storitev, za katero namenljajo finančna sredstva, učinkovita;
4. porast kratkoročnih, v problem usmerjenih oblik terapije (npr. eklekticizem kot oblika integracije predstavlja pragmatičen odgovor na potrebo po hitro in dobro delujoči terapiji);
5. v današnjem času imajo terapevti možnost, da se izobražujejo in učijo različnih terapevtskih metod in jih tudi preizkusijo v praksi;
6. oblikovanje strokovnih integrativnih združenj je posledica in hkrati vzrok psihoterapevtske integracije. Združenje za raziskovanje psihoterapevtske integracije (angl. *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*, SEPI) združuje psihoterapevte različnih usmeritev, med katerimi poteka transteoretičen dialog in odprto raziskovanje različnih pristopov. Združenje organizira konference, objavlja strokovne in znanstvene prispevke ter podobno.

Pomemben dejavnik je tudi spoznanje, da faktorji, ki so različnim terapijam skupni, igrajo pomembnejšo vlogo pri učinkovitem in uspešnem terapevtskem procesu kot specifični dejavniki posamezne terapevtske modalitete. Na primer: uspeh v terapiji lahko v veliki meri napovemo na podlagi klientovih dejavnikov, terapevtskega odnosa in terapevtovih kvalitativnih (Norcross, 2005). Pri širokem razponu klientovih težav in psihiatričnih diagnostičnih kategorij so se kot učinkoviti izkazali različni psihoterapevtski pristopi.

Tudi raziskovanje specifičnih učinkov uporabljenih metod in tehnik dela ter z dokazi podprta terapija, ki predstavlja dopolnitev teoretske integracije in osnovo eklekticizmu, sta pomembna dejavnika psihoterapevtske integracije (Norcross, 2005). Psihoterapevti in raziskovalci se vedno bolj strinjajo, da nobeden izmed psihoterapevtskih pristopov ni primeren za vse kliente in učinkovit pri odpravi njihovih težav. Vsak izmed obstoječih psihoterapevtskih modelov in pristopov je lahko za nekatere kliente neprimeren (Felixas in Botella, 2004; Norcross in Goldfried, 2005).

Zgodovinski pogled na integrativno gibanje

Sodobna psihoterapevtska praksa si prizadeva in sledi prepričanju, da je mogoče oblikovati, in si tudi prizadeva oblikovati sodobno teorijo človekovega delovanja in tudi terapijo, ki jo bomo lahko uporabili za vse kliente in njihove težave (Goldfried idr., 2010).

Goldfried s sodelavci (2010) omenja, da eden izmed prvih poskusov psihoterapevtske integracije sega že v leto 1932 na srečanje Ameriškega psihiatričnega združenja, ko je Thomas French pred kolegi predstavil povezave med deli Freuda in Pavlova. Leta 1936 je Rosenzweig (v Goldfried idr., 2010) izpostavil, da so lahko različni psihoterapevtski pristopi podobno učinkoviti, ker vsebujejo skupne mehanizme spremembe. Podnaslov njegovega kratkega prispevka se je glasil: »Vsi ste zmagali, vsi si zaslužite nagrado.« V raziskavah psihoterapije je ta fraza poznana kot Dodova rajsodba (Luborsky idr., 1975). Gre za frazo, ki se običajno pojavlja v sodobni literaturi in izpostavlja verjetnost, da neugotovljene razlike v učinkovitosti različnih psihoterapevtskih pristopov lahko pripišemo delovanju skupnih faktorjev. Že Rosenzweig (1936, v Goldfried idr., 2010) je opisal mehanizme sprememb, do katerih pride zaradi delovanja skupnih faktorjev. Izpostavil je: i) terapevtove kvalitete, s katerimi spodbuja in motivira klienta; ii) terapevtovo interpretiranje, ki pripomore h klientovemu boljšemu razumevanju sebe in svojih težav; iii) različne psihoterapevtske sisteme, ki poudarjajo različne vidike klientovega funkcioniranja (npr. mišljenje, vedenje, čustvanje), a so kljub temu vsi lahko učinkoviti, saj sprememba kateregakoli vidika človekovega delovanja vpliva na ostale. Pomemben doprinos k integraciji predstavlja tudi Dollardovo in Millerjevo delo (1950, v Goldfried idr., 2010), s katerim sta avtorja povezala psihoanalizo in teorijo učenja ter osvetlila pogoje terapevtskega učenja.

Enega izmed pomembnih mejnikov in velik doprinos k psihoterapevtski integraciji predstavlja knjiga *Prepričevanje in zdravljenje* (angl. *Persuasion and Healing*), ki je prvič izšla leta 1961 (Frank in Frank, 1993). V tretji izdaji omenjene knjige Frank in Frank (1993) pišeta o skupnih točkah različnih pristopov, ki se ukvarjajo s spremembami pri človeku (npr. vere, plemenska zdravljenja, učinki placeba), pri tem pa izpostavita ključne skupne fenomene: spodbujanje klientovega pričakovanja in upanja, da bo prišlo do izboljšanja ter zoperstavljanje klientovim demoralizirajočim vzorcem ali opogumljanje. Tudi Rogers (1961, 2015) piše o pomenu terapevtskega odnosa za terapevtsko spremembo, Paul Wachtel (1975, v Goldfried idr., 2010) pa zagovarja vključevanje vedenjskih tehnik v psihodinamsko terapijo.

V 80. letih prejšnjega stoletja je na temo integracije izšlo ogromno knjig (Goldfried idr., 2010). Prochaska in DiClemente (2005) sta v tistem času opisala transteoretske procese in stopnje spremembe, s katerimi sta prečkala tradicionalne meje različnih terapij.

Eden izmed najpomembnejših dogodkov 80. let predstavlja leta 1983 oblikovano strokovno združenje, ki se zavzema za psihoterapevtsko integracijo (angl. *The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*, SEPI), katerega pomembni predstavniki so Paul Wachtel, Marvin Goldfried, Leslie Greenberg, John Norcross, Larry Beutler in drugi. V poznih 80. letih so začele izhajati tudi revije s področja integrativne psihoterapije (npr. *International Journal of Eclectic Psychotherapy* in *International Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*). Združenje SEPI je leta 1991 pričelo izdajati revijo *Journal of Psychotherapy Integration*.

V 90. letih prejšnjega stoletja se je integrativno gibanje močno razširilo in pridobilo vpliv. Prva izdaja priročnika za integrativno psihoterapijo leta 1992 (Norcross in Goldfried, 2005) je zajemala poglobljen pregled psihoterapevtske integracije.

Pomembno vlogo pri mednarodnem razvoju integrativnega gibanja ima tudi Richard Erskine, ki je v 70. letih na Univerzi v Illinoisu začel razvijati integrativno psihoterapijo kot poseben pristop in leta 1976 v New Yorku skupaj s sodelavci ustanovil Inštitut za integrativno psihoterapijo. Leta 2001 je bila ustanovljena Mednarodna zveza za integrativno psihoterapijo (angl. *International Integrative Psychotherapy Association*, IIPA), ki nudi okrilje integrativnim psihoterapevtom iz različnih predelov sveta. Namen združenja je raziskovanje, razvijanje in širjenje integrativne psihoterapije ter skrb za poklicni in osebni razvoj psihoterapevtov. Zveza izdaja revijo *International Journal of Integrative Psychotherapy* (IJIP).

Integrativno gibanje je danes razširjeno po vsem svetu. V Evropi je bila leta 1993 ustanovljena Evropska zveza za integrativno psihoterapijo (angl. *European Association of Integrative Psychotherapy*, EAIP), ki povezuje evropske inštitute za integrativno psihoterapijo in zastopa integrativno psihoterapijo v Evropski zvezi za psihoterapijo (angl. *European Association for Psychotherapy*, EAP). V Evropi deluje precej integrativnih psihoterapevtov, raziskovalcev in avtorjev integrativne psihoterapije. V Veliki Britaniji razvijajo ideje integrativnega pristopa različni avtorji (npr. Evans in Gilbert, 2005; Gilbert in Orleans, 2011). V Veliki Britaniji deluje društvo United Kingdom Association for Psychotherapy Integration (UKAPI), ki izdaja revijo *British Journal of Integrative Psychotherapy*. Integrativna terapija utemeljitelja Hilariona Petzolda (2001) je bila zasnovana sredi šestdesetih let prejšnjega stoletja in se razvija v okviru Inštituta Fritza Perlsa v Düsseldorfu v Nemčiji in Evropske akademije za psihosocialno zdravje in kreativno rast (nem. *Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativität Förderung*,

Hückeswagen, EAG). O svetovnem gibanju integracije psihoterapevtskih usmeritev in prihodnosti integracije v psihoterapiji oziroma psihoterapije na splošno je v Sloveniji v preteklosti pisal že Robert Masten (2008). V Sloveniji obstaja tudi integrativna terapija (starejši naziv je integrativna gestalt terapija), katere utemeljitelj je Hilarion Petzold (Cvetko, 2011) in v sklopu katere v Sloveniji delujeta Fritz Perls Inštitut in Slovensko društvo za integrativno in gestalt psihoterapijo.

V Sloveniji se je integrativno gibanje, ki sloni na integrativni psihoterapiji avtorja Richarda Erskina (Žvelc in Žvelc, 2011), začelo razvijati z ustanovitvijo Inštituta za integrativno psihoterapijo in svetovanje (IPSA) v Ljubljani leta 2004. Leta 2008 je bilo ustanovljeno tudi strokovno združenje Slovensko društvo za integrativno psihoterapijo in transakcijsko analizo (SINTA), ki združuje psihoterapevte in predavatelje psihoterapije omenjenih smeri in skrbi za njihov razvoj.

Vrste psihoterapevtske integracije

Do integracije, ki predstavlja združevanje konceptov in terapevtskih intervencij več kot enega teoretskega psihoterapevtskega pristopa (Stricker in Gold, 1996), vodijo številne poti. V največji meri so v uporabi štiri načini integracije: pristop skupnih faktorjev, asimilativna integracija, teoretska integracija in tehnični eklekticizem (Norcross in Goldfried, 2005). Namen integracije je povečevanje uporabnosti in učinkovitosti terapije, česar pa se posamezni načini integracije lotevajo na različne načine in na različnih ravneh.

Pristop skupnih faktorjev

Pristop skupnih faktorjev (Norcross in Goldfried, 2005) išče skupni imenovalec različnih psihoterapevtskih modalitet, da bi oblikoval čim bolj učinkovito terapijo, in zmanjšuje pomen specifičnih učinkov tehnik posamezne modalitete. Raziskovanje skupnih faktorjev temelji na predpostavki, da so faktorji, ki si jih različne psihoterapevtske modalitete delijo, pomembnejši za terapevtski izid kot pa posamezni faktorji, ki terapijam niso skupni. Na pristop so vplivala predvsem dela avtorjev Frank in Frank (1993) in Rogersa (1961, 2015). Rogers (1961, 2015) je izpostavil potrebne pogoje, da v terapiji pride do spremembe. Tovrstni potrebni in zadostni pogoji so danes sprejeti in znani kot terapevtska aliansa (Miller idr., 2005). K skupnim faktorjem, ki prispevajo k učinkovitosti terapije, spada poleg pozitivnega terapevtskega odnosa in empatičnega terapevta še za delo motiviran klient.

Pomemben zagovornik pristopa skupnih faktorjev je tudi Bruce Wampold (2015; Wampold in Imel, 2015; Norcross in Wampold, 2011a), predvsem s svojim kontekstualnim modelom. Skupne faktorje vidijo kot srce in dušo spremembe tudi Miller in sodelavci (2005). Z dokazi podprte psihoterapevtske prakse terapevtskega odnosa (npr. aliansa, terapevtova empatija, skladnost terapevta, pozitivna naravnost), ki so integrativne po svoji naravi in temeljijo na skupnih faktorjih (Norcross, 2011), so izpostavljene tudi v poročilu delovnega telesa APA (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Asimilativna integracija

Asimilativna integracija (Norcross in Goldfried, 2005) predstavlja zasidranost v določeni psihoterapevtski modaliteti (običajno v tisti, v kateri so se terapevti najprej izobrazili) in selektivno vključevanje teoretičnih in praktičnih vidikov drugih modalitet. Na primer: vedenjski psihoterapevti v svoje delo vključijo delo z dvema stoloma iz gestalt terapije, vendar celoten potek terapije ostaja na ravni vedenjske terapije. Enoten koherenten teoretski sistem zanje predstavlja osnovo in izhodišče za delo, vendar hkrati vključujejo in vanj asimilirajo različne terapevtske tehnike drugih modalitet, ko odkrijejo omejitve osnovnega pristopa. Asimilativno-integrativni psihoterapevti menijo, da mora integracija potekati na ravni prakse, ne na ravni teorije. Primera takšnega načina integracije predstavljata asimilativna psihodinamska terapija (Stricker in Gold, 1996, 2005) in kognitivno-vedenjska asimilativna terapija (Castonguay idr., 2005).

Teoretska integracija

Teoretska integracija (Norcross in Goldfried, 2005) predstavlja morda najbolj zapleten način psihoterapevtske integracije, saj združuje teoretske koncepte modalitet, ki izvirajo iz včasih povsem različnih teoretičnih ozadij, ki si lahko navidezno tudi nasprotujejo. Namen je povezati ne le terapevtske tehnike, temveč tudi v ozadju ležeče psihoterapevtske teorije. Gre za oblikovanje teoretskega okvira, ki sintetizira najbolj uporabne sestavine dveh ali več različnih psihoterapevtskih pristopov. Zagovorniki teoretske integracije trdijo, da njihov način prinaša novo znanje tako na ravni teorije kot tudi prakse, ker združuje različne modele oblikovanja osebnosti, psihopatologije in psiholoških sprememb. Primeri takšnega načina integracije lahko povezujejo psihoanalitske in vedenjske teorije (Wachtel idr., 2005), kognitivne in psihoanalitske terapije (Kellest idr., 2013; Ryle, 2005), večina pomembnejših

psihoterapevtskih sistemov pa je povezanih v transteoretski pristop (Prochaska in DiClemente, 1982, 2005). Tudi integrativna psihoterapija utemeljitelja Richarda Erskina s sodelavci (Erskine, 2015; Erskine in Moursund, 2011; Erskine idr., 1999; Erskine in Trautmann, 1997a; Moursund in Erskine, 2004) predstavlja teoretski način integracije. Integrativna terapija utemeljitelja Hilariona Petzolda s sodelavci (Petzold, 2001) pa predstavlja metateoretski oziroma transteoretski način integracije, saj (psiho)terapijo obravnava kot interdisciplinarno temo in vanjo vključuje tudi druge vede.

Tehnični eklekticizem

Za tehnični eklekticizem (Norcross in Goldfried, 2005) je značilno, da se najmanj drži kakršnihkoli predpostavk ali paradigme ter zastopa stališče, da je človekovo vedenje pod vplivom mnogih dejavnikov. Išče in oblikuje najboljšo terapijo za določeno osebo in njene težave in si pri tem pomaga s podatki o tem, kaj je v preteklosti najbolje učinkovalo pri osebah s podobnimi težavami in lastnostmi. Pri izboru intervencij je v ospredju oseba, ki ji je terapija namenjena, ne pa kakršnakoli teoretska izhodišča. Terapevtske intervencije uporablja izključno zaradi njihove učinkovitosti, pri tem pa se ne ukvarja z razumevanjem teoretskega ozadja tehnike in ne razišče, kako in zakaj je pri klientu prišlo do izboljšanja. Prav tako včasih prihaja do razhajanja med terapevtskimi stališči in uporabljenimi tehnikami. Primera eklekticizma sta multimodalna terapija (Lazarus, 2005) in preskriptivna psihoterapija (angl. *prescriptive psychotherapy*) (Beutler idr., 2005).

Skupni faktorji različnih psihoterapevtskih usmeritev

Integrativno gibanje temelji na skupnih faktorjih. Duncan s sodelavci (2014) prikaže, kako močno skupni faktorji delujejo na spremembo vedenja v različnih terapevtskih oblikah. Avtorji navajajo z dokazi raziskav utemeljene faktorje, ki predstavljajo jedro spremembe. To so: i) klientovi faktorji (npr. krepitev klientove kompetentnosti in opogumljanje klientovega udeleževanja v realnem življenju in s tem povezane spremembe); ii) odnosni faktorji (npr. krepitev pozitivne terapevtske alianse s prilagajanjem na klientovo pripravljenost za spremembe in upoštevanjem njegovega pogleda na alianso); iii) upanje in pričakovanje (spodbujanje klientovega upanja z raznimi rituali zdravljenja, osredotočanje na možnosti, ki so v prihodnosti dosegljive); iv) modeli in tehnike (npr. izbiranje učinkovitih metod, ki zagotavljajo strukturo in klientu omogočijo nove načine mišljenja in vedenja).

Z dokazi podprti potrebni in zadostni pogoji za terapevtsko spremembo vključujejo skupne faktorje, kar argumentirajo in dokazujejo Laska in sodelavci (2014). Avtorji navajajo i) čustveno vez med terapevtom in klientom; ii) zaupanja vreden terapevtski kontekst, znotraj katerega poteka terapija (angl. *a confiding healing setting*); iii) terapevta, ki ima psihološko utemeljeno in iz kulturno-socialnega okolja izpeljano razlago za klientove težave; iv) razlago, ki omogoča prilagoditev in jo sprejema tudi klient; v) zbirko procedur ali ritualov, ki jih izvedeta skupaj in za klienta predstavljajo pozitivno, v prilagoditev usmerjeno in spodbujajočo izkušnjo.

Podobno tudi Frank in Frank (1993) navajata, da je terapevtska sprememba v prvi vrsti produkt delovanja skupnih faktorjev. Kot prvi skupni faktor izpostavljata čustven in zaupen odnos s terapevtom. Druga sestavina je odnosni kontekst, ki je namenjen zdravljenju, kar pomeni, da klient verjame, da mu terapevt lahko pomaga glede njegovih težav. Tretji skupni faktor je sistematično logična razlaga za klientove težave, v katero klient verjame in jo sprejema. Zadnjo sestavino učinkovite terapije predstavlja terapevtski proces oziroma obred, ki se ga aktivno udeležujeta tako klient kot terapevt in hkrati verjameta v njegov zdravilni učinek.

Lambert (2013b) deli skupne faktorje na: i) podporne faktorje (npr. sprejemajoč, iskren, empatičen terapevtski odnos, terapevtska aliansa, varno okolje, zaupanje, odprtost); ii) faktorje učenja (npr. nasveti, povratna informacija, vpogled, razlaga, korektivna čustvena izkušnja) in iii) aktivne faktorje (soočanje s strahovi, prevzemanje odgovornosti, preizkušanje novega vedenja, testiranje realnosti, čustvena regulacija). Avtor izpostavi, da v različnih terapijah prihaja do procesov spremembe na podlagi skupnih faktorjev.

Prochaska in Norcross (2014) sta po proučevanju glavnih terapevtskih sistemov in modalitet in na podlagi rezultatov raziskav učinkovitosti zasledila skupne ali transteoretske faktorje. Navajata zdravilne učinkovine klientovih pozitivnih pričakovanj, terapevtskega odnosa in zdravilnega učinka terapevtove pozornosti. Pozitivna pričakovanja so eden izmed najbolj raziskovanih skupnih faktorjev. Gre za klientovo zaupanje v terapevta in terapevtski proces. Avtorja sta ugotovila, da večina takšnih raziskav ugotavlja visoko pozitivno povezanost učinkovitosti procesa z obsegom klientovih pričakovanj v to učinkovitost. Gre za aktivno sestavino ali predpogoj, da se sploh lahko odvije proces, ki je prisoten v vseh psihoterapevtskih sistemih. Klient, ki v terapevtski proces investira denarna sredstva, čas in energijo, seveda pričakuje povračilo svoje naložbe. Hkrati je treba poudariti, da psihoterapija v svoji osnovi temelji na odnosu. Razvijanje in negovanje močne

in trdne terapevtske alianse predstavlja eno izmed področij skupnih faktorjev, glede katerega soglaša večina psihoterapevtov. Raziskave kažejo, da je terapevtski odnos tisti, ki v največji meri določa psihoterapevtski uspeh (Horvath in Greenberg, 1994; Norcross, 2011). Tretji skupni faktor je povezan s pozornostjo, ki jo terapevt namenja klientu (Prochaska in Norcross, 2014). Ta pojav imenujemo Hawthornov učinek (angl. *Hawthorne effect*). Avtorja navajata, da je terapevtova popolna pozornost do klienta oblika učinka placeba.

Cilji psihoterapevtske integracije

Pripadniki psihoterapevtske integracije izpostavljajo, da pri psihoterapevtski integraciji ne gre le za povzemanje tehnik iz različnih psihoterapevtskih modelov in njihovo uporabo po potrebi (pragmatizem tehničnega eklekticizma), ampak poudarja in razvija tudi povezanost med teorijo, dokazi in tehnikami (Norcross in Goldfried, 2005). Treba je torej ločevati med teoretsko integracijo in tehničnim eklekticizmom. Eklektični terapevt izbere in uporabi določene tehnike, ker bi lahko delovale in bodo v terapevtskem procesu morda učinkovite, ob tem pa se ne vpraša, kakšna je njihova teoretska osnova in kakšne so ugotovitve raziskav v povezavi z njo. Nasprotno pa se teoretska integracija osredotoča na odnos med učinkovitimi praksami ter njihovimi teoretskimi in empiričnimi osnovami (Norcross in Goldfried, 2005).

Ena izmed ključnih vrednosti in prednosti modelov psihoterapevtske integracije je njen individualno prilagojeni pristop (Feixas in Botella, 2004; Norcross in Goldfried, 2005). Model psihoterapevtske integracije se osredotoča na klienta in posebno pozornost namenja njegovim čustvenim, vedenjskim, kognitivnim in fiziološkim ravnem delovanja in funkcioniranja ter tudi duhovni dimenziji. Model psihoterapevtske integracije prilagaja terapijo razločevalnim značilnostim in potrebam posameznega klienta. Terapevt uporablja na dokazih temelječe znanje terapevtskih modelov in pristopov, ki ga prilagaja klientu. Glavni poudarek integrativnega psihoterapevtskega pristopa so individualne značilnosti klienta in terapevtski odnos; oboje sta ključni sestavini terapevtske spremembe (Feixas in Botella, 2004). Integrativni pristop je prav tako v skladu s smernicami Ameriškega psihološkega združenja glede sestavin z dokazi podprte prakse (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). V smernicah je z dokazi podprta praksa (EBP) opredeljena z dokazi najboljših empiričnih raziskav, kliničnim znanjem, klientovimi značilnostmi in kulturnim okoljem.

Integrativni psihoterapevtski pristop ni individualna tehnika, ki jo terapevt uporabi pri delu s pasivno udeležnim klientom. Gre za sodelujočega klienta in terapevta, ki prilagaja svoj pristop glede na klientove značilnosti in prioritete. Proces spremembe poteka znotraj terapevtskega odnosa in klient največ pridobi, če je terapevt skrben in empatičen (Feixas in Botella, 2004).

Na kratko smo prikazali skupne faktorje, kot jih navajajo in povzemajo avtorji s tega področja. Dokazovanje njihove učinkovitosti smo podali v poglavju o raziskovanju v psihoterapiji. V nadaljevanju navajamo nekatere transdiagnostične integrativne psihoterapevtske modele in njihove koncepte.

5 Modeli psihoterapevtske integracije

Ker obstaja več sto različnih psihoterapevtskih teorij in več tisoč terapevtskih tehnik, verjetno nikoli ne bo doseženo soglasje glede njihove uporabe, procesi klientovih sprememb pa predstavljajo vmesno ali srednjo raven analize glede na široke teorije (npr. psihodinamska, gestalt) in specifične tehnike (npr. interpretiranje, tehnika dveh stolov). Gre za principe sprememb, ki jih psihoterapevti uporabijo pri načrtovanju procesa terapije in odgovarjajo na vprašanje, kako pride do sprememb pri klientih tako znotraj terapije kot tudi v obdobju med terapevtskimi srečanji (Prochaska in Norcross, 2014). Tudi Marvin Goldfried (1980), eden od idejnih očetov gibanja psihoterapevtske integracije in soustanovitelj SEPI, trdi, da je treba pri posameznih terapevtskih modelih gledati njihove principe spremembe, ne pa jih ocenjevati glede na njihov teoretski jezik in uporabljene tehnike.

Različni psihoterapevtski modeli predlagajo različne mehanizme spremembe, kar je povezano tudi z njihovim pogledom na izvor psiholoških težav. V zadnjem času se pojavlja nov pogled na psihološke motnje, in sicer v smislu prekrivanja med njimi ali skupnega izvornega izhodišča. Fokus terapije se s posameznih diagnostičnih kategorij preusmerja na procese, ki ležijo v ozadju in so različnim motnjam skupni (npr. v ozadju anksioznosti in depresivnosti je pomanjkljiva čustvena regulacija) (Queen idr., 2014; Wilamowska idr., 2010). Raziskave tudi kažejo, da so v ozadju nekaterih trdovratnih psihičnih motenj, ki niso povezane s kognitivno oškodovanostjo, motnje osebnosti, zaradi česar je treba oblikovati specifične intervencije, ki bodo usmerjene na motnje v ozadju, in ne le na površinske simptome (Tyrer, 2015; Tyrer idr., 2010). Zaradi novega pogleda na motnje in njihov izvor so se pojavili transdiagnostični psihoterapevtski pristopi, ki se usmerjajo predvsem na mehanizme spremembe, ki ležijo v ozadju in pomagajo pri zdravljenju različnih motenj.

V nadaljevanju navajamo nekaj takšnih transdiagnostičnih psihoterapevtskih modelov in njihovih konceptov mehanizma spremembe, kar predstavlja samo jedro psihoterapevtske integracije. Modeli se ne opirajo na diagnostične kategorije in medicinsko izrazoslovje, temveč iščejo globlje mehanizme in procese spremembe. V ta namen se v terapevtskem procesu osredotočajo na različne procese (npr. sprejemanje, čuječnost, pozornost, vrednote, vitalnost, zdravje). Prav tako upoštevajo klientove okoliščine ali kontekst in funkcijo psiholoških dogodkov (in ne toliko veljavnosti, pogostosti ali oblike).

Modeli skupnih faktorjev

Modeli skupnih faktorjev predstavljajo modele psihoterapevtske integracije, ki na delovanje psihoterapije in njenih komponent podajajo širši pogled in izhajajo iz raziskav o učinkovitosti skupnih faktorjev. Gre za modele, ki pojasnjujejo spremembe v različnih psihoterapevtskih smereh.

Transteoretski model

Transteoretski model (angl. *transtheoretical model*) (Norcross idr., 2011; Prochaska in DiClemente, 2005) gleda na spremembe kot na proces, ki se odvija prek petih stopenj: i) predkontemplativna stopnja, ii) kontemplativna stopnja, iii) priprava, iv) izvedba in v) vzdrževanje. Na vsaki izmed stopenj spremembe prihaja do različnih procesov in različnih kvalitet terapevtskega odnosa, kar skupaj vodi v optimalen napredek. Psihoterapevtski proces, ki je optimalno prilagojen določenemu klientu, torej zahteva prilagajanje procesov spremembe in terapevtskega odnosa njegovi trenutni stopnji spremembe.

Za *predkontemplativno* stopnjo je značilno, da se klient svojih težav v večji meri ne zaveda, vendar pride na terapijo, ker ga v to silijo situacija in težave, ki jih običajno opazijo drugi (npr. partner, starši, delodajalec). Na *kontemplativni* stopnji se klient zaveda, da ima težave, in resno razmišlja, kako bi jih razrešil, ni pa se še odločil, da bo v tej smeri kaj naredil, saj mu problematično vedenje (npr. zloraba alkohola) prinaša tudi ugodje. Stopnjo *priprave* zaznamujejo majhni koraki v vedenjski spremembi, ki pa še ne dosega kriterija učinkovite izvedbe (npr. abstinenca od uživanja alkoholnih pijač). Klient ima resen namen, da v bližnji prihodnosti naredi korenito spremembo. Stopnja *izvedbe* predstavlja uspešno izvedeno spremembo nefunkcionalnega vedenja, ki se vzdržuje do šest mesecev (npr. popolno

prenehanje uživanja alkoholnih substanc v obdobju šestih mesecev). Gre za stopnjo, ki jo okolica običajno opazi in zahteva od klienta ogromno vloženega časa in energije. Zadnja stopnja predstavlja *vzdrževanje stanja*, ki vključuje delo na preprečevanju povrnitve v stare nefunkcionalne vzorce vedenja in utrjevanje koristi, ki jih prinaša novo vedenje (Norcross idr., 2011).

Stopnje spremembe opisujejo, kdaj pri klientu pride do spremembe, *procesi spremembe* pa opisujejo, kako do nje pride. Procesi spremembe predstavljajo vmesno raven abstrakcije med metateoretskimi predpostavkami in specifičnimi tehnikami, ki jih metateorije vključujejo. Procesi spremembe vključujejo klientove aktivnosti, ki ga pripeljejo do sprememb nefunkcionalnih vedenjskih vzorcev. Različne psihoterapevtske metode pa pri tem lahko uporabljajo različne tehnike in metode dela, vključno z značilnostmi terapevtskega odnosa (Norcross idr., 2011).

Norcross s sodelavci (2011) navaja sedem procesov spremembe s pripadajočimi intervencijami. Ti procesi so:

1. klientovo ozaveščanje (angl. *consciousness raising*), ki vključuje pridobivanje informacij o sebi in svojih težavah, kar lahko poteka prek opazovanja, soočanja, interpretiranja in vaj, ki omogočajo ozaveščanje vsebin;
2. vnovična samoocena (angl. *self-reevaluation*), ki zajema ocenjevanje svojega počutja in mišljenja ter pogleda na težave. Uporabljene intervencije v ta namen vključujejo klientovo razjasnjevanje njegovega lastnega vrednostnega sistema, uporabo domišljije ter korektivno čustveno izkušnjo;
3. čustveno vznburjenje (angl. *emotional arousal*) in olajšanje (angl. *dramatic relief*). Gre za podoživljanje in izražanje občutkov, povezanih s klientovimi težavami in rešitvami teh težav. To dosega s pomočjo igre vlog, psihodrame, odžalovanja izgub in katarze;
4. proces samoosvobajanja (angl. *self-liberation*) vključuje izbiro in zavezanost k delovanju in mišljenju, da se je klient sposoben spremeniti, kar poteka s pomočjo metode odločanja, motivacijskega intervjuja in s tehnikami spodbujanja zavezanosti;
5. kontrapogojevanje (angl. *counterconditioning*) vključuje nadomeščanje težavnega vedenja z alternativnimi ali nezdružljivimi vedenji, kot so sproščanje, desenzitizacija, kognitivno prestrukturiranje, vedenjska aktivacija in asertivnost;
6. nadzor nad dražljajem (angl. *stimulus control*) je naslednji proces spremembe in zajema izogibanje in nadzor nad dražljajem, s čimer se

klient izogne vedenju, ki mu povzroča težave. To se v terapevtskem procesu dosega prek preoblikovanja klientovega okolja, izogibanja dražljajem, ki bi povzročili rizična vedenja, in s pomočjo menjave socialnega okolja;

7. zadnji proces spremembe vključuje utrjevanje spremembe (angl. *reinforcement*), ki obsega samonagrajevanje ali nagrajevanje s strani drugih za klientove uspešno izvedene spremembe.

Transteoretski model izhaja iz predpostavke, da so različni procesi spremembe na različnih stopnjah različno učinkoviti (Prochaska in DiClemente, 2005). Procesi spremembe, ki jih poudarjajo predvsem izkustvene, kognitivne in psihoanalitske smeri, so najučinkovitejši na zgodnjih, predkontemplativnih in kontemplativnih stopnjah. Procesi spremembe, ki jih izpostavljajo predvsem eksistencialne in vedenjske smeri, pa so najbolj uporabni na stopnjah izvedbe in vzdrževanja stanja. Na primer: proces ozaveščanja pomaga klientu napredovati iz predkontemplativne stopnje v kontemplativno predvsem z ozaveščanjem prednosti in koristi, ki mu jih bodo spremembe prinesle (Norcross idr., 2011). Ozaveščanje (angl. *consciousness raising*) je eden najpomembnejših procesov spremembe v psihoterapiji (Prochaska in Norcross, 2014). Čeprav proces zveni precej sodobno, ga poznajo psihoterapevti že desetletja. Gre za ozaveščanje nezavednih vsebin in uvid. To klientu omogoči, da se učinkoviteje odziva na dražljaje iz okolja, saj se poveča obseg informacij, ki so mu pri oblikovanju primernega odziva na voljo. Če so informacije povezane s klientom samim (njegovim vedenjem ali izkušnjami), pravimo temu povratna informacija (angl. *feedback*), ki mu jo ponudi terapevt. Če pa so informacije povezane s klientovim okoljem, temu rečemo izobraževanje (angl. *education*). Klientove spremembe so tako posledica novega zavedanja, pri čemer pa se psihoterapevtske modalitete ne strinjajo glede tehnik, ki naj bi bile pri tem najučinkovitejše. Klient se lahko na nove informacije velikokrat odzove obrambno ali pa je selektivno pozoren le na pozitivne ali pa morda le na negativne informacije, kar onemogoča proces učinkovite spremembe. Prochaska in Norcross (2014) izpostavita tudi katarzo (angl. *catharsis*), ki se nanaša na terapevtsko lajšanje čustvene napetosti. Terapevtski proces pomaga klientu, da ob prisotnosti terapevta razreši čustvene blokade. Proces »možnost izbiranja« (angl. *choosing*) prinaša s seboj odgovornost do izbrane možnosti, oboje pa je omogočeno s širjenjem besednega zaklada in novim zavedanjem. Do spremembe lahko pride tudi s predručenjem pogojnega dražljaja, ki usmerja klientovo vedenje (Prochaska in Norcross, 2014).

Kontekstualni model

Kontekstualni model (angl. *contextual model*) (Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015) je model skupnih faktorjev in temelji na treh poteh, po katerih pride v psihoterapevtskem procesu do sprememb. Prvo pot predstavlja pristen odnos (angl. *real relationship*), drugo krepitev klientovih pričakovanj (angl. *creation of expectations*) in tretjo specifične naloge terapije (angl. *specific ingredients*). Po teh poteh delujejo mehanizmi spremembe, saj je psihoterapija le posebna oblika družbene zdravilne prakse, klient pa je socialno bitje.

Predpogoj terapevtskega dela je vzpostavljena osnovna stopnja zaupanja med klientom in terapevtom (angl. *initial therapeutic bond*). Gre za vzpostavitev globlje vezi zaupanja in navezanosti, ki predstavlja osnovo terapevtske alianse in omogoča vzpostavitev treh terapevtskih poti. Klient že na začetnih srečanjih oceni, ali je terapevt vreden njegovega zaupanja in ima zadovoljivo mero strokovnega znanja. Klient oceni, ali bo terapevt pripravljen vložiti trud, da bo razumel njegove okoliščine in težave. Klient ima že na začetku določena pričakovanja tako glede terapevta kot tudi procesa terapije. Na podlagi prvih srečanj se klient odloči, ali bo terapijo nadaljeval ali jo bo predčasno zaključil (Wampold in Imel, 2015).

Prva pot procesa terapije zajema pristen ali avtentičen odnos s terapevtom (angl. *real relationship*). Gre za iskren človeški odnos, zasnovan na realnih pričakovanjih in brez transfernih primesi. Gre za srečanje dveh ljudi, ki bosta udeležena v iskrenem intimnem odnosu. Terapevt klientu ponudi trajajoč, razumevajoč, empatičen odnos. Klienti v terapijo prinesejo različne zahtevne vsebine (npr. česa se sramujejo, lahko so nezvesti partnerju). Terapevt se zaveže, da bo kljub zahtevnim vsebinam klientu na voljo in da mu bo na empatičen način pomagal pri razreševanju problemov. Vidiki pristnega terapevtskega odnosa so empatija, brezpogojno sprejemanje (angl. *positive regard/affirmation*) ter skladnost ali iskrenost (angl. *congruence/genuineness*) (Wampold in Imel, 2015). Gre za Rogersove (1961, 2015) pogoje terapevtskega odnosa, katerih velikosti učinka, dobljene s pomočjo metaanaliz, so precej visoke (Elliott idr., 2011; Farber in Doolin, 2011; Kolden idr., 2011).

Druga pot zajema klientova pričakovanja (angl. *expectations*), ki imajo velik učinek na klientovo blagostanje. Klientova pričakovanja v terapevtskem procesu delujejo na različne načine. Tudi Frank in Frank (1993) trdita, da klienti pridejo na terapijo obupani zaradi raznih življenjskih problemov, predvsem pa zaradi neuspešnih poskusov, da bi jih razrešili. Obiskovanje terapije je tako oblika vnovičnega vzpostavljanja upanja. Glede na

kontekstualni model (Wampold in Imel, 2015) klienti pridejo na terapijo že z določeno razlago svojih težav. Gre za prepričanja, ki jih je glede psiholoških težav oblikovala družba, in posamezniku ne omogočajo, da bi svoje težave uspešno razrešil. V nasprotju s tem psihoterapija ponudi razlago, ki posamezniku omogoča uspešno soočanje s težavami in njihovo razreševanje. Klient upa, da bo z obiskovanjem terapije in s pomočjo terapevtskih nalog razrešil svoje težave in na podlagi tega razvije tudi pričakovanje, da je tega sposoben in da bo pri tem učinkovit. Predpogoj je vzpostavljena močna terapevtska aliansa in sodelovalen odnos s terapevtom v smislu strinjanja glede ciljev in nalog terapije. Močna terapevtska aliansa kaže, da je klient sprejel teoretsko razlago svojih težav in sodeluje v terapevtski nalogah, ki pa so konsistentne z razlago težav. Razlaga klientovih težav in delovanje terapije sta veliko učinkovitejša, če sta podana v toplem in empatičnem medosebnem odnosu (Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015). Kar klient pričakuje, da se bo v terapiji in prek nje zgodilo, vpliva na njegovo fenomenološko izkušnjo. Pregled raziskav moči klientovih pričakovanj kaže na velik učinek pričakovanj na izid terapije (Constantino idr., 2011).

Tretja pot predstavlja specifične sestavine terapije (angl. *specific ingredients*), ki se nanašajo na naloge in cilje terapije ter terapevtske aktivnosti (angl. *tasks/goals, therapeutic actions*). Terapevt in klient s pomočjo specifičnih sestavin terapije izvajata vaje in aktivnosti, ki pripomorejo k odpravljanju klientovih težav in izboljšujejo klientovo zdravje (npr. pri KVT gre za pomoč pri klientovem bolj adaptivnem razmišljanju in vedenju, pri medosebno usmerjeni terapiji se dela predvsem na izboljšanju medosebnih odnosov, pri na čustva usmerjeni terapiji se dela na prepoznavanju in izražanju čustev). Pri vsaki od terapij je klient aktivno udeležen v terapevtskem delu tudi z izvajanjem določenih vaj in nalog. Bolj kot klient razume, kako so terapevtske vaje in naloge povezane z izidom terapije, bolj je terapija učinkovita. Seveda niso vse psihoterapije učinkovite in nekatere ne delujejo. Terapije, pri katerih so terapevti strokovno usposobljeni, verjamejo v terapijo in vključujejo zadovoljive psihoterapevtske principe, pa so približno enako učinkovite. Večina terapij je enako učinkovitih pri zdravljenju depresije in anksioznosti, posttravmatske stresne motnje, socialne anksioznosti, panične motnje, motenj hranjenja ipd. (Wampold in Imel, 2015). Raziskave kažejo le približno 1-% variabilnost v izidu. Metaanalizi (Ahn in Wampold, 2001; Bell idr., 2013) kažeta, da specifične sestavine psihoterapije niso bistvene za izid terapije, Webb in sodelavci (2010) pa ugotavljajo, da zavezanost terapevta določeni psihoterapevtski smeri in ocena njegove kompetentnosti nista povezani z izidom terapije.

Kontekstualni model (Wampold in Imel, 2015) predpostavlja, da za vsakega klienta obstaja oblika terapije, ki mu najbolj ustreza in je zdravilna za njegove težave ter na podlagi katere bo lahko razvil ustrezna pričakovanja, ki bodo že sama po sebi pripomogla k zmanjšanju stresa. Model govori, da specifične naloge terapije (tretja pot) v klientu vzbujajo pričakovanja (druga pot) in klientu omogočajo: i) vedenje, mišljenje, čustvovanje, ki je veliko bolj funkcionalno; ii) večje sprejemanje samega sebe; iii) izražanje težkih čustvenih stanj; iv) mentalizacijo in v) izboljšanje odnosov z drugimi. Tudi za tretjo pot je predpogoj močna terapevtska aliansa in sodelovalen odnos ter strinjanje glede terapevtskih nalog. Wampold in Imel (2015) menita, da so humanistični elementi psihoterapije ali elementi psihoterapevtskega odnosa ključni za uspešen terapevtski proces in izid terapije, kar poudarjajo tudi pregledi raziskav terapevtskega odnosa (npr. Norcross, 2011, 2014).

Na kontekst odzivna psihoterapevtska integracija

Na kontekst odzivna psihoterapevtska integracija (angl. *context-responsive psychotherapy integration*, CRPI) (Constantino idr., 2013) izhaja iz psihoterapevtskega odnosa, dogajanja v tem odnosu in fleksibilnosti terapevta. Constantino in sodelavci (2013) opredelijo odzivnost (angl. *responsiveness*) kot odzivnost terapevta na nekaj (npr. na klientovo značilnost, potrebo, motnjo v aliansi) in kot odzivnost terapevta z nečim (npr. z intervencijo oziroma strategijo). Oboje je lahko podprto z dokazi raziskav psihološke prakse. Avtorji modela zagovarjajo idejo terapije, ki temelji na dokazih raziskav, vendar v kontekstu terapevtove usposobljenosti in strokovnosti, ne pa v kontekstu sledenja priročnikom terapije, ki premalo vključujejo koncept odzivnosti terapevta na trenutno dogajanje ali trenutni kontekst.

Constantino in sodelavci (2013) predlagajo skupne, transteoretične, transdiagnostične psihoterapevtske faktorje, ki jih je možno uporabiti v vsaki obliki psihoterapije in igrajo pomembno vlogo v procesu zdravljenja in učinkovitosti psihoterapije. Gre za skupne faktorje, ki so jih preokvirili v pogoste faktorje v terapiji (angl. *things that happen commonly*). Gre za situacije znotraj psihoterapevtskega procesa (npr. motnje v aliansi), na katere se mora terapevt ustrezno odzvati ne glede na vrsto terapije. Terapevt se v takšnem primeru preusmeri na trenutno dogajanje in se odzove na učinkovit način. Gre za okvir dela tipa »če – potem« (»če so zgodil to, ravnaj tako«). Avtorji navajajo z dokazi raziskav podprte označevalce (angl. *markers*), na katere se je treba učinkovito odzvati, in načine učinkovitega odzivanja, ki so

podprti z dokazi raziskav. Gre za situacijsko ustrezne principe, ki so terapevtski in jih terapevti lahko usvojijo v modularnih izobraževanjih ali delavnicah (npr. modul razreševanja motenj v terapevtski aliansi, ki je podprt z dokazi raziskav humanističnih in relacijskih strategij razreševanja).

Constantino in sodelavci (2013) poleg podprtih znakov ali markerjev predlagajo pripadajoče strategije odzivanja: i) *nizka pričakovanja* glede učinkovitosti terapije terapevt razrešuje s pomočjo strategij, s katerimi vpliva na klientova stališča glede psihoterapevtskega izida; pregled raziskav vpliva pričakovanj na izid terapije kaže na njihov velik pomen (Constantino idr., 2011); ii) *ambivalentnost do spremembe* se odraža v nizki motiviranosti in negotovosti glede sprememb, kar terapevt lahko razreši s strategijami motivacijskega intervjuvanja. Motivacijski intervju lahko primerjamo s stopnjami spremembe po Prochaski (Norcross idr., 2011; Prochaska in DiClemente, 2005), saj terapevt poskuša z njegovo pomočjo klienta pripeljati do stopnje, da se bo pripravljen spremeniti; iii) *motnje v aliansi* razrešuje s strategijami popravkov motenj v aliansi. Pregled literature in raziskav motenj v aliansi kaže na pomen spremljanja dogajanja in razreševanja motenj v aliansi in vpliv tega na izid terapije (Safran in Muran, 2003; Safran idr., 2011); iv) *spremljanje izidov terapije* (npr. vprašalniki za spremljanje izida terapije), s katerimi terapevt lahko prepreči prezgodnje prenehanje. Pregled literature in raziskav sprotnega spremljanja izidov terapije kaže na pomemben vpliv tega na izid terapije (Lambert, 2014; Lambert in Shimokawa, 2011).

Constantino in sodelavci (2013) izpostavljajo tudi pomen kredibilnosti, ki jo klient pripisuje terapevtskim intervencijam. Tako kot Frank in Frank (1993) tudi Constantino in sodelavci (2013) menijo, da je za psihoterapevtski pristop, ki je obenem lahko tudi empirično podprto zdravljenje, najpomembnejše, da temelji na racionalni ali logični razlagi in utemeljitvi, v katero klient verjame. V takšnem primeru je uporaba ritualov ali tehnik, ki se skladajo z logično razlago učinkovitejša. Na takšen način specifični in skupni faktorji delujejo usklajeno in učinkovito. Tako eni kot drugi so lahko podprti z dokazi raziskav o njihovi učinkovitosti. Ko pa pride do nepričakovanih situacij ali kontekstov znotraj terapije (npr. motnje v aliansi), terapevt uporabi terapevtski okvir »če – potem«.

O terapevtskem okviru »če – potem« govorita tudi Greenberg in Goldman (2007) v okviru v čustva usmerjene terapije. Gre za znake ali markerje, v primeru katerih avtorja predlagata delo z deli znotraj sebe ali delo z nedokončanimi zadevami s pomočjo tehnike dveh stolov ali tehnike praznega stola,

ki sta strategiji odziva na markerje. Na kontekst odzivna psihoterapevtska integracija (Constantino idr., 2013) pa predlaga različne strategije znotraj določenih kontekstov ali situacij, ki se pojavijo znotraj različnih vrst psihoterapije (npr. psihodinamske, KVT). Ko se znotraj terapije pojavijo določeni znaki ali markerji, terapevt za določen čas opusti določeno terapevtsko tehniko in določeno psihoterapevtsko orientacijo ter s pomočjo strategije, podprte z dokazi raziskav, razreši kontekst oziroma situacijo.

Kar dela terapijo učinkovitejšo, so z dokazi podprte oziroma empirično utemeljene strategije odzivnosti terapevta. Fenomen odzivnosti lahko prikrije razlike v učinkovitosti različnih vrst psihoterapije ali pa lahko pojasni, zakaj dosegajo podobne učinke (Dodov učinek). Včasih je uporabiti nekaj v pravem trenutku veliko učinkoviteje, kot je učinkovito isto metodo uporabljati pogosto (Constantino idr., 2013).

Pristop formulacije primera

Pristop formulacije ali konceptualizacije primera v psihoterapiji (angl. *case formulation approach*, CFA) (Eells, 2007) predstavlja z dokazi podprt model za razumevanje problemov posameznega klienta. Randomizirane klinične raziskave procesov in izidov psihoterapije, ki primerjajo posamezne skupine med seboj, kažejo izide klientov na splošno. V terapiji pa se srečujemo s posameznimi klienti in rešujemo problem za problemom točno določenega klienta. V tem kontekstu velja izpostaviti, da različne psihoterapevtske smeri gledajo na izvor klientovih težav in na njihovo razreševanje različno. Konceptualizacija primera pa predstavlja integrativni, z dokazi podprt model, katerega glavni cilj je razvijanje hipotez o izvoru klientovih težav, kaj jih vzdržuje in kako uporabiti to razumevanje pri načrtovanju psihoterapevtskega procesa, ki bo terapevtu v pomoč pri čim hitrejšem in učinkovitejšem delu. Gre za orodje, ki je v svoji osnovi zasnovano procesno, saj se med terapijo lahko razvija. Ne gre le za hladen diagnostični proces, ampak za interaktivno sodelovanje med klientom in terapevtom. Gre za soustvarjalen proces, ki je zelo prilagodljiv (npr. terapevt v klientovo korist včasih opusti določen pogled na izvor njegovih težav). Ne gre za proces, pri katerem je terapevt strokovnjak in klient bolnik s težavami. Raziskave (Lambert, 2013a) kažejo, da k izidu terapije največ prispeva prav klient (40 % variabilnosti v izidu), kar predstavlja še enega od razlogov za soustvarjalni proces formulacije primera. Klient je namreč »strokovnjak« za svoje življenje.

Z dokazi podprt integrativni model formulacije primera (Eells, 2007, 2013a, 2013b) lahko pomaga psihoterapevtom katerekoli psihoterapevtske

teoretske orientacije. Vsaka oblika terapije zajema štiri korake: i) zbiranje informacij, ii) eksplicitno in/ali implicitno oblikovanje terapevtskega načrta ali formulacijo primera, iii) proces dela ali terapevtsko obravnavo ter iv) formalno ali neformalno zbiranje povratnih informacij. Ob proučevanju drugega koraka je avtor našel skupne elemente posameznih psihoterapevtskih orientacij, ki so: i) formulacija ali oblikovanje seznama težav, ii) postavitev »diagnoze«, iii) razvoj pojasnjevalne hipoteze, s katero terapevt pojasnjuje klientove težave, za katere sta se skupaj s klientom odločila, da bosta na njih v terapiji delala, ter iv) terapevtski načrt, zasnovan na zgornjih elementih.

Pri razvijanju pojasnjevalne hipoteze gre za razlago, kaj povzroča in vzdržuje klientove težave. Če želi terapevt klienta resnično razumeti, se pri tem opre na: i) teorijo (npr. psihodinamsko, KVT, v čustva usmerjeno, teorijo navezanosti), ii) dokaze ali rezultate raziskav, ki podpirajo teorijo, iii) rezultate izidov terapije in rezultate procesnih raziskav ter iv) klientovo izpoved o sebi in svojih težavah. Merilo izbora med različnimi možnimi teorijami in razlagami je njihova učinkovitost pri določenih težavah. Svojo pojasnjevalno hipotezo terapevt »testira« in ugotavlja njeno učinkovitost pri določenih klientih tudi s pomočjo sistema spremljanja izida (npr. uporaba vprašalnikov za merjenje izida) (Eells, 2007), za katerega raziskave kažejo, da še poveča učinkovitost terapije (Lambert, 2014; Lambert in Shimokawa, 2011).

Terapevtski načrt vključuje kratkoročne in dolgoročne cilje, začne pa se s klientovimi željami ob hkratnem upoštevanju njegovega kulturnega konteksta. Upošteva se tudi klientovo reaktivnost, pri čemer gre za klientove želje, da bi bil voden, in želje, da bi bil med procesom avtonomen. Terapevt naj bo komplementaren s klientovo ravno reaktivnosti. Tudi če terapevt ne more upoštevati klientovih želja, se o njih lahko vsaj pogovori. Tudi to prispeva k izidu terapije. Pomembna je tudi pripravljenost za terapijo in spremembe (Eells, 2007). Gre torej za klientove dejavnike, o katerih govorijo tudi Norcross in sodelavci (2011) (npr. stopnje spremembe) in Beutler, Harwood, Michelson idr. (2011) (npr. stopnja reaktivnosti). Na pomen upoštevanja klientovih želja opozarjajo tudi Swift idr. (2011). Na izid terapije vpliva tudi upoštevanje klientovega kulturnega ozadja ali senzitivnost terapije na njegove kulturne okoliščine (Smith idr., 2011).

Namen formulacije primera je zagotoviti pozitiven terapevtski izid. Formulacija primera je v pomoč terapevtu pri kliničnem odločanju, kako ravnati iz trenutka v trenutek, saj je sistematična in podprta z dokazi kliničnih raziskav. Terapevtu pomaga razviti večjo empatijo, kajti bolj kot lahko prek formulacije klienta razume, bolj je lahko do njega empatičen. Prav tako

terapevtu omogoča, da je med terapevtskimi srečanji pri svojem delu bolj konsistenten, in predstavlja okvir, znotraj katerega si terapevt lažje načrtuje in organizira terapevtske intervencije. Gre torej za posredne vplive na izid terapije, ki je vodena na podlagi formulacije primera. Del terapevtove odgovornosti pa je, da klientu ponudi le omejeno količino informacij in na način, ki je klientu v korist. Pomemben vidik formulacije primera je tudi poglobljanje terapevtske alianse in njeno spremljanje, predvsem prek povratne informacije s pomočjo sprotnega spremljanja (npr. vprašalniki za spremljanje izida terapije, vprašalniki za merjenje koncepta terapevtske delovne alianse) (Eells, 2007).

Eells (2013b) povzema ugotovite randomiziranih kliničnih raziskav, ki kažejo, da na splošno ne prihaja do večjih razlik v izidu terapij, ki so vodene na podlagi priročnikov, v primerjavi s terapijami, vodenimi na podlagi formulacije primera. Pri nekaterih raziskavah prihaja do manjših razlik v izidu, vendar pa se te po šestih mesecih izravnajo.

Eells (2013a) govori o hipotezi formulacije primera, na osnovi katere predvideva, da je izid terapije, vodene na podlagi formulacije primera, enak ali ugodnejši od terapije, vodene na podlagi priročnika. Avtor zaključuje, da ni potrebe po izpostavljanju ene terapevtske smeri pred drugo, če med obema načinoma vodenja terapije ne prihaja do razlik v izidu terapij. Terapija, vodena na podlagi formulacije primera, je prilagojena točno določenim klientovim težavam in je ravno tako podprta z dokazi raziskav.

Na čustvih zasnovan proces formulacije primera, ki ga predlagata Greenberg in Goldman (2007), se razlikuje od formulacije primera, kot ga predlaga Eells (2007). Izhaja pretežno iz trenutnega terapevtskoprocenega dogajanja in sprememb ter predstavlja »diagnosticiranje« klienta na podlagi trenutnega dogajanja. Ponavljajoče se vzorce klientovih težav (npr. nedokončane zadeve) se izpostavi in na njih dela z različnimi metodami.

Model rekonsolidacije spomina

Proces rekonsolidacije ali vnovične vzpostavitve spomina (angl. *memory re-consolidation model*) (Ecker idr., 2012) je osrednji mehanizem spremembe znotraj koherentne terapije (angl. *coherence therapy*). Gre za model, ki pojasnjuje spremembe tudi v drugih psihoterapevtskih usmeritvah (npr. Greenberg, 2012; Solomon in Shapiro, 2008; Žvelc in Žvelc, 2021).

Ecker in Toomey (2008) predpostavljata, da proces rekonsolidacije spomina predstavlja mehanizem spremembe, do katerega pride na ravni

nevrobioloških sinaptičnih povezav. Koncept rekonsolidacije spomina se nanaša na proces odklepanja, predelave in vnovičnega zaklepanja sinaptičnih povezav, ki vsebujejo določen spomin. Koncept izhaja iz predpostavke, da večina nezaželenih miselnih, čustvenih in vedenjskih vzorcev izhaja iz učenja na podlagi čustev (angl. *emotional learning*). Uporablja pojem implicitnih modelov (angl. *implicit model*), ki so sheme, ki jih posameznik nezavedno oblikuje in na podlagi katerih kasneje predvideva odzive v okolju. Avtorji poudarjajo, da je pomemben mehanizem spremembe v terapiji povezan z ozaveščanjem posameznikovih do tedaj nezavednih implicitnih modelov, skozi katere osmišlja okolje. Po njihovem mnenju terapevtske tehnike, kot so izpostavljanje ali tehnike sprostitve, ne razrešijo problematičnih vzorcev, ki jih je posameznik ponotranjil v čustveno pomembnih odnosih. S pomočjo omenjenih tehnik se posameznik nauči, kako uravnati ali presegati neželjeno odzivanje, a ko se znajde v zanj novi ali stresni situaciji, omenjeno učenje ne zadostuje. Posameznik po navadi znova zapade v stari način odzivanja (Ecker idr., 2012). V nasprotju s tem pa proces rekonsolidacije spomina predstavlja globinsko spremembo emocionalnega spomina, ki je vzrok za klientove simptome.

Klinični prikaz korakov terapevtskega procesa rekonsolidacije spominov vključuje naslednje sekvence (Ecker idr., 2012):

1. dostopanje (priprava), ki zajema: i) identifikacijo simptomov, ii) dostopanje do ciljnega spomina (sheme, ki povzroča simptome) in iii) identifikacijo klientovega vedenja, ki je v nasprotju z obstoječo shemo, ki povzroča simptome;
2. transformacijo, ki zajema: i) reaktivacijo sheme, ki povzroča simptome, ii) vzporedno aktivacijo sheme, ki povzroča simptome z izkušnjo, ki je v nasprotju s to shemo in primerjanje med njima ter iii) ponavljanje primerjanja med shemo, ki povzroča simptome, in izkušnjo, ki je v nasprotju s to shemo;
3. preverjanje spremembe, ki zajema: i) opazovanje čustvene nereaktivnosti (določeno čustveno odzivanje se več ne sproži niti ob stresnih situacijah ali ob prisotnosti sprožilcev, kar se je v preteklosti dogajalo), ii) prenehanje simptomatike (simptomatika na področju vedenja, čustvanja, mišljenja za vedno preneha ali izgine) ter iii) trajanje takšnega stanja brez kakršnegakoli naprezanja za njegovo vzpostavitev.

Omenjeni znaki kažejo, da je prišlo do transformativne ali korenite spremembe, ki predstavlja idealen izid terapije. Ta se razlikuje od spremembe, ki temelji na supresiji simptomov in do katere prihaja prek metod, ki sicer

delujejo proti čustvenim izvorom klientove simptomatike, vendar jih dejansko ne odstranijo (angl. *counteractive change*) (Toomey in Ecker, 2009).

Le reaktivacija čustvenega spomina še ne zadostuje, da bi »odklenili« sinaptične povezave, ki vsebujejo določen »problematičen« spomin. Pomembna je tudi »kontrastna« (angl. *juxtaposition*) izkušnja, ki ob aktiviranem spominu šele »odklene« sinaptično povezavo, ki vsebuje določen čustven spomin, ki povzroča simptome (npr. klient meni, da je nesposoben, in se v službi boji uveljavljati svoja stališča). Nato sledi novo učenje, ki nadomesti stari vzorec. Gre za oblikovanje klientove izkušnje (npr. klient podoživi izkušnjo uspeha na strokovnem področju), ki se pomembno razlikuje ali nasprotuje trenutno labilnemu ciljnemu spominu. Spominske povezave postanejo labilne in dovzetne za novo učenje. »Brisanje« ali predelava na podlagi novega učenja poteka znotraj okna rekonsolidacije približno pet ur, preden se sinapse znova zaklenejo. Ko je naučeni čustveni odziv odstranjen s procesom rekonsolidacije, se posameznik še vedno spominja izkušnje, znotraj katere je prišlo do vzpostavitve starega vzorca (npr. oče mu je govoril, da je nesposoben), kot tudi dejstva, da se je v preteklosti odzival na določen način (npr. utihnil je). Vendar pa spomin na te izkušnje v njem več ne prebuja čustvenih reakcij, kar mu je v preteklosti povzročalo težave. Avtobiografski spomin ostane nedotaknjen, čeprav je posameznik izbrisal določen čustveni spomin. Izbris določenega čustvenega spomina, shranjenega v mreži implicitnega spomina, ne vpliva na vsebino avtobiografskega, pripovednega spomina, ki je shranjen v neokortikalnih eksplicitnih spominskih mrežah (Ecker idr., 2012).

Ecker in sodelavci (2012) izpostavljajo, da mora biti novo učenje izkustveno, kar pa se razlikuje od konceptualno intelektualnega učenja, čeprav mu je slednje lahko pridruženo. Lahko gre tudi za izkušnjo le v domišljiji. Prav tako je za proces brisanja določenega čustvenega spomina pomembno natančno poznati njegovo vsebino. Pri določanju vedenja, ki naj bi razveljavilo dotedanji čustveni spomin glede določene zadeve, mora biti izkušnja slikovita (sedanja ali pretekla). Služi lahko kot življenjska izkušnja, ki v svoji osnovi nasprotuje modelu realnosti ciljanega čustvenega učenja. Obe nasprotujoči si izkušnji hkrati ne moreta obstajati, saj se medsebojno izključujeta. Pride do pozicije, ko ima klient ozaveščeni obe izkušnji hkrati in se ju hkrati zaveda. Izkušnja, da obe hkrati ne moreta biti resnični, je tisto, kar odklene sinapse ciljnega spomina in omogoči novo učenje. Terapevt se na obe izkušnji, ki sta nasprotujoči, odziva empatično, in ne namiguje, da bi bila ena izmed obeh bolj pravilna. To bi povzročilo nasproten učinek, saj bi prišlo do potlačevanja ciljnega spomina, namesto da bi prišlo do procesa

transformacije, s pomočjo katerega bi se ciljni spomin razrešil. Terapevt vodi klienta v čim polnejši kontakt z bolečimi vsebinami, vendar mu dopušča samostojen proces odločanja glede veljavnosti ene izmed obeh izkušenj.

Transformacijska sekvenca, ki vključuje tri korake, je utemeljena na nevroznanstvenih utemeljitvah (Ecker idr., 2013). Gre za zaporedje doživetih izkušenj, ki pa se ne nanaša na točno določene terapevtske tehnike. Omenjeni proces lahko terapevti izpeljejo na podlagi lastnega izbora izkustvenih tehnik. Proces ni vezan na katerokoli teoretsko ozadje psihoterapevtske šole. Gre za metaprocen, ki kot tak krepi integracijo znotraj psihoterapevtskega polja. Ecker in sodelavci (2012) so pregledali študije primerov prek mnogih različnih izkustvenih terapij, katerih metode dela se med seboj razlikujejo (npr. v čustva usmerjena terapija, pospešeno izkustveno dinamska psihoterapija (AEDP), terapevtska metoda desenzitizacije in vnovične predelave z očesnim gibanjem (terapija EMDR)) in ugotovili, da vse vsebujejo tri korake transformativnega procesa, kar naj bi vodilo h klientovi koreniti spremembi in učinkovitosti terapije. Opisani koraki procesa korenite spremembe predstavljajo skupno točko ali skupni jezik, s pomočjo katerega se lahko terapevti in raziskovalci uspešno sporazumevajo, čeprav izhajajo iz različnih psihoterapevtskih smeri. Gre za skupno polje različnih psihoterapevtskih šol in hkrati izziv teoriji nespecifičnih skupnih faktorjev (Wampold in Imel, 2015), saj izpostavi pomembno vlogo specifičnih faktorjev, ki so odgovorni za učinkovit izid terapije in korenito klientovo spremembo. Proces rekonsolidacije ali vnovične vzpostavitve spomina se je izkazal kot učinkovit pri različnih težavah in simptomih klientov (Ecker idr., 2012).

Modeli, utemeljeni na teoretski integraciji

Modeli, ki temeljijo na teoretski integraciji predstavljajo modele posameznih pristopov teoretske integracije, ki integrirajo učinkovite elemente različnih psihoterapevtskih smeri. Obstajajo številni modeli teoretske integracije, na tem mestu jih bomo izpostavili le nekaj.

V čustva usmerjena terapija

Model v čustva usmerjene terapije (angl. *emotion focused therapy*, EFT) (Greenberg, 2004) postavlja čustva v središče človekovega delovanja in vedenja ali kot človekov primarni proces. Afekt je podlaga in jedro navezanosti in identitete. Za razliko od nekaterih modelov psihoterapije, ki

postavljajo potrebe v samo jedro človekovega razvoja in vedenja, pa EFT predpostavlja, da so potrebe sekundarne, saj so oblikovane na podlagi človekovega čustvovanja (Greenberg, 2008, 2012).

Čustva so temelj, na katerem temelji struktura ali organizacija jaza (Greenberg, 2004, 2010; Greenberg in Paivio, 1997). V povezavi s čustvenim doživljanjem je pomembno tudi njegovo neprestano osmišljanje. Za posameznikovo optimalno prilagojenost je pomembna integriranost čustev in pomena. V psihoterapiji terapevt pomaga klientu, da se prične bolje zavedati svojih čustev, jih sprejemati in osmišljati svoje čustveno doživljanje. Glavna premisa v čustva usmerjene terapije je, da posameznik ne more oditi (iz »mesta«), če (vanj) sploh ni prispel (angl. *the only way out is through*). Pomembno je, da klient čustva (po)doživi, da bi jih lahko ozdravil. Osrednji mehanizem spremembe v terapiji predstavlja čustveno procesiranje in iz tega izhajajoče ustvarjanje pomena. Osrednji principi zajemajo: i) zavedanje čustev, ii) izražanje čustev, iii) regulacijo čustev, iv) reflektiranje čustev, v) transformacijo čustev ter vi) korektivno čustveno izkušnjo znotraj empatično uglašenga terapevtskega odnosa, ki opisane procese omogoča. Model razlikuje med: i) primarnimi adaptivnimi in neadaptivnimi čustvi, do katerih je v terapiji treba priti, in ii) sekundarnimi neadaptivnimi čustvi, ki jih je treba raziskati, da bi prišli do osrednje čustvene izkušnje. Primarna čustva so človekov prvi visceralen odziv na situacijo, ki je običajno adaptiven (lahko pa postane neadaptiven). Sekundarna čustva so sekundaren reaktiven odziv na primarna adaptivna ali primarna neadaptivna čustva, s katerimi se posameznik izogne primarnemu odzivu (ki ga na primer »ogroža« ali preplavlja) ali ga uravna. Instrumentalna čustva posameznik izraža, da bi prišel do zelenega cilja (Greenberg, 2012).

Model razlaga psihološke motnje kot posledico izogibanja čustvom ali bega pred bolečimi spomini čustvenih shem in kot posledico težav z ustvarjanjem pomena na podlagi čustev. Izpostavi, da ne gre toliko za težave s čustveno regulacijo, ampak da je bolje govoriti o težavah s procesiranjem čustev. Ena od glavnih klientovih težav, s katerimi se sooča, je zaščita pred lastnimi čustvi oziroma čustvenimi spomini, ker obstaja bojazen, da z njimi ne bo zmožel/jih znal ustrezno upravljati. Ne gre toliko za nezavedanje in potlačevanje kot izogibanje. Kadar so čustva zelo boleča, se klient boji, da ga bodo »uničila«. Terapevt klientu pomaga, da se s svojimi čustvi sooči, jih »preživi« in iz doživljanja ustvari pomen. Hkrati mu pomaga, da postane dovzeten za transformacijo. Pomembno je, da zmore čutiti tudi preostala čustva, s katerimi bo nadomestil prvotno boleče čustvo (Greenberg, 2008, 2012).

Model pri delu s čustvi integrira dve polarnosti: sledenje klientovemu procesu, ki izvira iz v klienta usmerjene terapije, in bolj direktiven pristop, ki izvira iz bolj direktivne gestalt terapije (npr. terapevt predlaga eksperiment). Pomembno je, da terapevt ve, kdaj uporabiti prvi in kdaj drugi način vodenja in odzivanja. Gre za terapevtovo odzivnost iz trenutka v trenutek. Intervencije na podlagi znakov ali markerjev predstavljajo terapevtovo odzivanje na klientovo stanje iz trenutka v trenutek. Terapevt izhaja iz spoznanja, da se ljudje spreminjajo na različne načine (npr. na podlagi uvida, spremembe v vedenju, izkušnje) in ob različnem času. Gre za princip »kdaj in kako intervenirati« (angl. *when to do what*) (Greenberg in Goldman, 2007). Terapevti v čustva usmerjeni terapiji uporabljajo različne aktivne intervencije, ki poglobijo klientovo izkušnjo in omogočajo transformativno čustveno spremembo. Primera teh intervencij so npr. razreševanje notranjega konflikta s pomočjo tehnike dela z dvema stoloma ali pa tehnika razreševanja nezaključenih poslov.

Terapija sprejemanja in predanosti

Model terapije sprejemanja in predanosti (angl. *acceptance and commitment therapy*, ACT) (Hayes idr., 2012) je transdiagnostičen in kontekstualen ter sodi v »tretji val« vedenjsko-kognitivnih terapij. Cilj ACT-a je spodbujanje *psihološke fleksibilnosti*, ki je definirana kot polno zavedanje sedanjega trenutka z vedenjem, ki je v skladu z izbranimi vrednotami (Hayes idr., 2012). Hayes in sodelavci (2012) navajajo šest osrednjih procesov psihološke fleksibilnosti, ki prispevajo k učinkovitosti in izidu terapije sprejemanja in predanosti:

1. *Defuzija* (angl. *defusion*) je proces, ki pomaga klientom vzpostaviti distanco do svojih notranjih vsebin, saj imajo številni klienti težave zaradi prekomernega zlivanja (fuzije) s svojim mišljenjem, čustvovanjem, spomini in telesnimi občutki. Neprijetne notranje izkušnje prične klient čuječno opazovati, ne da bi jim pripisoval pomen. Kognitivno zlivanje (angl. *fusion*) je proces, pri katerem pripisani pomen prevzame nadzor nad posameznikovimi odzivi na zunanje dogodke in pri tem zanemari trenutne situacijske značilnosti. Oseba, ki je npr. zлита z mislijo »Sem nesposoben/-na«, bo tako sebe, druge ljudi in situacije doživela skozi prizmo te misli. Defuzija pa omogoči, da klienti razvijejo nov odnos do svojih misli, kar omogoča večjo svobodo v doživljanju in funkcioniranju. Cilj ni spreminjane vsebine misli, ampak razvoj novega, čuječnega odnosa do njih (Žvelc, 2019).

2. *Sprejemanje* (angl. *acceptance*) se usmerja na težave zaradi izogibanja izkušnji, ki se pojavi, kadar se klient izogiba neprijetnemu notranjemu doživljanju (npr. telesnim občutjem, čustvovanju, spominom, vedenjskim tendencam). Klient se uči, kako ostati odprt za neprijetne notranje dogodke, ne da bi jih nadzoroval, jih obsojal ali se jim izogibal.
3. *Vzpostavljajanje kontakta s sedanjim trenutkom* (angl. *flexible contact with the present moment*) je proces psihološke fleksibilnosti, ki spodbudi nepresoajoče zavedanje notranjih vsebin in zunanjih dražljajev iz trenutka v trenutek (Žvelc, 2019). Klientom pomaga razviti sposobnost fleksibilnega usmerjanja pozornosti na sedanji trenutek, saj mnogo klientom trpi zaradi premlevanja preteklih dogodkov in strahov, povezanih s prihodnostjo.
4. *Jaz kot kontekst* (angl. *self-as-context*): da bi klient razrešil preveliko navezanost in poistovetenje s svojo življenjsko zgodbo (navezanost na konceptualizirani jaz), ki jo je razvil na podlagi preteklih izkušenj, je pomembno, da pride v kontakt z jazom kot kontekstom. Jaz kot kontekst se imenuje tudi »opazujoči jaz«, saj gre za perspektivo iz katere se zavedamo in opazujemo naše notranje in zunanje izkušnje;
5. *Kontakt z vrednotami* predstavlja klientovo oblikovanje in izbiro vrednot, ki jih s svojim vedenjem vsakodnevno udejanja. Vrednotni sistem predstavlja temelj smiselnega in izpolnjujočega življenja.
6. *Predana aktivnost* (angl. *committed action*) označuje klientovo vsakodnevno delovanje, doseganje ciljev in oblikovanje vzorcev vedenja v skladu z izbranimi vrednotami.

Šest osrednjih procesov psihološke fleksibilnosti predstavlja model psihičnega zdravlja in tudi model psiholoških intervencij (Hayes idr., 2012). Procesi delujejo v medsebojni povezavi in avtorji navajajo *tri stile odzivanja* na psihično dogajanje, ki predstavljajo podlago psihološkim procesom:

1. *odprti stil* (angl. *open*) odzivanja predstavlja podlago procesu defuzije in sprejemanja;
2. *stil osredinjanja* (angl. *centered*) predstavlja podlago procesu opazovanja z vidika kontekstualnega jaza in zavedanje notranjega dogajanja iz trenutka v trenutek;
3. *stil predanosti* (angl. *engaged*) predstavlja podlago oblikovanju in izbiri določenih vrednot in delovanje v skladu s temi vrednotami.

Psihološko nefleksibilnost sestavljajo psihološki procesi, ki vodijo v psihološke motnje: kognitivno zlivanje, izogibanje notranji izkušnji, navezanost na

konceptualizirani jaz, delovanje na podlagi konceptualizirane preteklosti in strahu pred prihodnostjo, motnje vrednot oziroma nasprotujoče si vrednote in vrednote, ki vodijo v izogibajoče vedenje, nedejavnost, impulzivnost ali izogibajoče vedenje (Hayes idr., 2012).

Proces terapije poteka s pomočjo formulacije primera (angl. *case formulation*), ki predstavlja pripomoček za učinkovito izvedbo terapije in uporabo njenih metod in tehnik. Gre za analizo klientovih težav s funkcionalnega vidika in pogled na težave z vidika modela psihološke fleksibilnosti. Model upošteva edinstvenost posameznega klienta, njegove življenjske situacije, težave, s katerimi se sooča, socialno in kulturno okolje, iz katerega izhaja, in biološke dispozicije. Gre za kontekstualen pristop k razumevanju klientovih težav. Terapevt lahko učinkovito uporabi metode in tehnike dela le, če razume klientovo situacijo oziroma če si ustvari »širšo sliko« o klientu. Terapevt oceni trenutno psihološko fleksibilnost klienta oziroma kakšne so klientove kapacitete za posamezne procese psihološke fleksibilnosti. Terapevt prilagaja terapevtske tehnike glede na individualno oblikovano formulacijo primera oziroma glede na klientove kapacitete (močne in šibke točke) in se odziva iz trenutka v trenutek (Hayes idr., 2012).

Model psihološke fleksibilnosti je empirično utemeljen. Terapija sprejemanja in predanosti se je izkazala kot učinkovita pri raznolikih težavah: stresu na delovnem mestu, odvajanju od kajenja, anksioznih motnjah, depresivnosti, obsesivno-kompulzivnih motnjah, odvisnosti od substanc, motnjah osebnosti in pri vrsti drugih težav (Hayes idr., 2006; Smout idr., 2012). Obstajajo številne metaanalize raziskav, ki ugotavljajo učinkovitost ACT-a pri anksioznosti, depresiji, zlorabi drog, kronični bolečini in transdiagnostičnih skupinah pacientov (Gloster idr., 2020).

6 Integrativna relacijska psihoterapija

Integrativna relacijska psihoterapija predstavlja eno izmed smeri psihoterapevtske integracije, ki jo je razvil Richard Erskine s sodelavci (Erskine, 2015; Erskine in Moursund, 2011; Erskine, Moursund in Trautmann, 1999; Erskine in Trautmann, 1997a; Moursund in Erskine, 2004). Pristop integrira teorije in metode iz psihoanalitičnih, humanističnih in vedenjskih smeri v psihoterapiji in jih poveže v koherentno teoretsko ozadje, ki predstavlja podlago psihoterapevtskim intervencijam (Erskine in Moursund, 2011). Glede na različne načine psihoterapevtske integracije (Norcross in Goldfried, 2005) uvrščamo integrativno relacijsko psihoterapijo med teoretske načine integracije.

Pojem »integrativna«, ki ga uporabljamo v integrativni relacijski psihoterapiji, ima več pomenov. Primarno se nanaša na proces integracije osebnosti. Integrativna psihoterapija pomaga klientu integrirati vsebine ego stanj, razrešiti obrambne mehanizme, preoblikovati življenjski scenarij in vzpostaviti kontakt s seboj in drugimi. Gre za integracijo odcepljenih in nezavednih delov sebe v kohezivno celoto (Erskine, 2015).

Integrativna psihoterapija se nanaša tudi na integracijo fiziološke, čustvene, kognitivne in vedenjske dimenzije znotraj posameznika z upoštevanjem socialne in duhovne dimenzije. Gre za integracijo konceptov in njihovo povezovanje z vidika razvoja človekove osebnosti, pri čemer vsaka razvojna faza prinaša določene razvojne naloge, krize in priložnosti za novo učenje.

Integrativna psihoterapija integrira različne pristope ali poglede na človekovo delovanje: psihodinamskega, v klienta usmerjenega, vedenjskega, gestalt, teorijo objektnih odnosov, psihoanalitično self psihologijo in transakcijsko analizo (Erskine, 2015). Gre za integracijo delnih razlag človekovega

vedenja v kohezivno teorijo. Tako oblikovano kohezivno teoretsko ozadje predstavlja podlago psihoterapevtskemu delu (Erskine, 2015).

Integrativna psihoterapija je razvojno zasnovana in postavlja odnos med terapevtom in klientom v središče psihoterapevtskega procesa ter kot osnovo klientovemu zdravljenju in osebnostni rasti. Utemeljena je na naslednjih filozofskih izhodiščih (Erskine, 2013, 2015):

1. *Princip enakovrednosti vseh ljudi* (angl. *all people are equally valuable*) gradi občutek varnosti in zmanjšuje potrebo po skrivanju svoje ranljive plati, ki je osnova za rast in razvoj.
2. *Človekova izkušnja je organizirana fiziološko, afektivno in kognitivno.* Terapevtova naloga je, da opazuje, posluša, povprašuje in skuša dekodirati klientovo zgodbo, ki jo klient zavedno ali nezavedno izraža v terapevtskem odnosu (npr. prek napetosti v telesu, prek čustvenih reakcij, z načinom osmišljanja svoje sedanjosti). To zahteva sposobnost terapevta, da se decentrira od svoje perspektive in skuša razumeti klienta z njegove perspektive.
3. *Vsako človekovo vedenje ima pomen v določenem kontekstu.* Terapevtova naloga je, da pomaga klientom, da ozavestijo in pričnejo ceniti pomen svojega vedenja in doživljanja. To vključuje terapevtovo validacijo, normaliziranje funkcije klientovega vedenja in razumevanje konteksta v katerem so se določeno vedenje, prepričanja ali fantazije pojavile. Vsakršno še tako problematično vedenje služi pomembnim psihološkim funkcijam po predvidljivosti, identiteti, kontinuiranosti in stabilnosti.
4. *Ljudje od rojstva naprej iščemo odnose in smo od drugih soodvisni.* Številne težave klientov temeljijo na ponavljajočih se prekinitvah kontakta v primarnih odnosih. V psihoterapiji klient s terapevtom razvije nov intersubjektivni odnos, ki omogoča varnost, validacijo in zanesljivost. Tak odnos izzove stara klientova skriptna prepričanja in disfunkcionalne vedenjske vzorce.
5. *Notranji in zunanji kontakt kot temelj človekovega delovanja.* V integrativni psihoterapiji se zdravje pojmuje kot zmožnost polnega kontakta z notranjimi vsebinami in kontakta z drugimi ljudmi in okoljem. Veliko klientov trpi zaradi prekinitev notranjega in zunanjega kontakta. V integrativni psihoterapiji terapevt povabi klienta v polni kontakt z notranjimi procesi, ki vključujejo telesne občutke, čustva, spomine in misli. Obenem pa ga povabi k zunanjemu kontaktu, da vzpostavi pristen stik z drugimi ljudmi.

6. *Ljudje imajo vrojeno težnjo k rasti in razvoju.* Principi, ki smo jih omenili v prejšnjih točkah, omogočajo razvoj terapevtskega odnosa, ki prebujajo in razvijajo klientovo naravno težnjo k rasti in razvoju.
7. *Ljudje trpimo zaradi relacijskih motenj in ne "psihopatologije".* Odnosno usmerjena integrativna psihoterapija izhaja iz »nepatološkega« ali celostnega pogleda na človeka. Na primer: neprijetni psihološki ali čustveni simptomi, obsesivno-kompulzivna vedenja, izbruhi jeze so kreativni »poskusi« zadovoljevanja relacijskih potreb in razreševanja motenj v odnosih.
8. *Intersubjektivni proces terapije je pomembnejši kot sama vsebina psihoterapije.* V integrativni psihoterapiji se na klienta in terapevta gleda kot na intersubjektivni sistem, v katerem tako klient kot terapevt sovplivata drug na drugega. V integrativni psihoterapiji je pomembno razumevanje edinstvenega odnosa, ki ga klient in terapevt soustvarjata, pri čemer je kvaliteta terapevtskega odnosa enako ali v določenih primerih celo bolj pomembna kot pa metode in teorije.

Integrativna psihoterapija sloni na treh med seboj povezanih teorijah: teoriji motivacije, teoriji osebnosti in teoriji metod (Erskine, 1997b).

Teorija motivacije pojasnjuje človekovo delovanje na podlagi bioloških in nevroznanstvenih raziskav in izhaja iz spoznanj raziskav razvojne psihologije. Združuje tri osrednje motivacijske sisteme: i) motivacijo po odnosu kot človekovo temeljno težnjo, ii) motivacijo po strukturi kot težnjo po stabilnosti in organiziranosti notranjega in zunanjega sveta in iii) motivacijo po dražljaju ali stimulaciji kot potrebo po neprekinjenem dotoku dražljajev in stimulacij iz okolja, ki služi ohranjanju temeljnega občutka sebe (Erskine, 1997b).

Teorija osebnosti temelji na konceptih človekovega funkcioniranja in razvoja težav v funkcioniranju. Izhaja iz človekove temeljne težnje po odnosu od samega rojstva in opisuje vpliv zgodnjih odnosov in motenj v kontaktu na človekovo osebnost (Erskine, 1997b).

Teorija metod izhaja iz teorije motivacije in teorije osebnosti in vključuje relacijske in intrapsihične metode psihoterapije, ki spodbujajo klientovo integracijo osebnosti in zmožnost za polni kontakt z drugimi ljudmi.

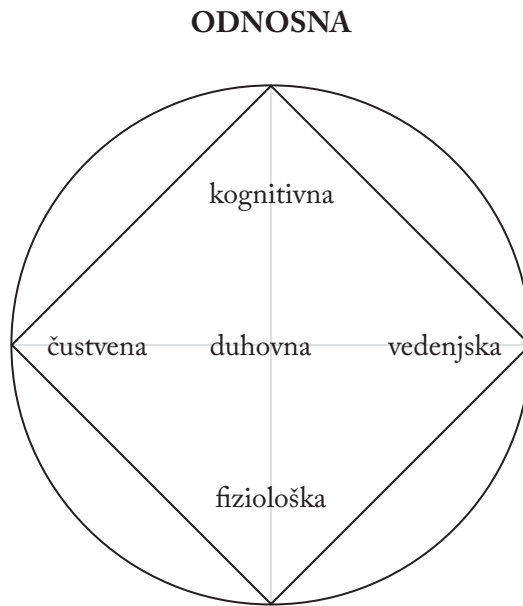
Teorija osebnosti

Model jaza v odnosu

Integrativna psihoterapija se primarno usmerja v integracijo petih dimenzij klientovega delovanja: kognitivne, vedenjske, čustvene, fiziološke in duhovne dimenzije. Integracija posamezne od dimenzij poteka v kontekstu klienta kot odnosnega sistema. Sovplivanje temeljnih dimenzij osebnosti predstavlja *model jaza v odnosu* (Slika 1) (Erskine in Trautmann, 1997; Žvelc in Žvelc, 2011, 2021).

Slika 1

Model jaza v odnosu – temeljne dimenzije



Opomba. Prirejeno po "The process of integrative psychotherapy", R. G. Erskine in R. L. Trautmann, 1997, *Theories and methods of an integrative transactional analysis* (str. 81), TA Press.

Kognitivni način dela znotraj integrativne psihoterapije se osredotoča na vprašanje »Zakaj?«: zakaj se pri klientu pojavljajo določene težave? Zakaj je klientov način mišljenja in sklepanja takšen, kakršen je? Kognitivni način dela znotraj integrativne psihoterapije predpostavlja, da bo klient lahko

razrešil konfliktno vsebino, ko bo razumel, zakaj se vede in razmišlja na določen način. V vedenje usmerjeni pristop se ukvarja z vprašanjem »Kaj?«. Integrativna psihoterapija, usmerjena na vedenje, ugotavlja, kaj ali katero vedenje se pri klientu pojavlja, in oblikuje primernejša vedenja. V čustva usmerjeni pristop znotraj integrativne psihoterapije se ukvarja z vprašanjem »Kako?«: kako se klient počuti in kaj doživlja? Glavna premisa integrativnega dela s čustvi je, da klienti niso v kontaktu s svojimi občutki in doživljanjem. Delo poteka ob predpostavki, da bo klient lahko dogodek čustveno predelal, ko bo prišel v kontakt s svojim doživljanjem. Pomemben del integrativne psihoterapije predstavlja tudi delo s telesom ali klientovo fiziološko dimenzijo. Spremembe v fiziološkem delovanju lahko vodijo v spremembe v vedenju, čustvovanju in mišljenju ter obratno. Čustvena, vedenjska, kognitivna in fiziološka dimenzija klientovega delovanja so znotraj klientovega odnosnega sistema medsebojno prepletene, namen integrativne psihoterapije pa je njihova integracija. Na podlagi kibernetičnega modela ali systemskega vidika, ki ga v integrativni psihoterapiji upoštevamo, se sprašujemo, kakšna je funkcija določenega vedenja, čustvovanja, stališča, telesnega odziva v človeškem organizmu kot celoti (Erskine, 2015).

Poleg omenjenih dimenzij v integrativni psihoterapiji upoštevamo še sistemsko/kontekstualno dimenzijo in ekološko dimenzijo (Žvelc in Žvelc, 2021). Na posamezne dimenzije vplivamo prek različnih metod in tehnik dela (Žvelc in Žvelc, 2011), pri tem pa upoštevamo, kje je posamezni klient odprt za kontakt. Terapijo začnemo na dimenziji, kjer je klient odprt za kontakt, obenem pa ga postopoma vabimo v kontakt z dimenzijami, kjer je zaprt za kontakt. Pri tem je cilj, da klient vzpostavi kontakt z vsemi temeljnimi dimenzijami.

Kontakt

Glavna premisa integrativne psihoterapije se nanaša na *kontakt*, ki predstavlja primarno motivacijo človekovega vedenja. Kontakt poteka notranje in zunanje: notranji kontakt vključuje polno zavedanje senzacij, občutkov, potreb, senzomotornih aktivnosti, misli in spominov, ki se porajajo znotraj posameznika. Zunanji kontakt se nanaša na polno zavedanje zunanjih dogodkov, ki jih posameznik zaznava s pomočjo svojih zaznavnih organov. Ob polnem notranjem in zunanjem kontaktu posameznik izkušnje uspešno integrira. Od stopnje, do katere je posameznik v kontaktu, je odvisno, kako uspešno bo občutil svoje potrebe in kako uspešno jih bo s pomočjo okolice tudi zadovoljil. Ko posameznik začuti potrebo, jo lahko zadovolji in se premakne novim izkušnjam naproti. Če je posameznikov kontakt

moten, potrebe ne morejo biti ustrezno zadovoljene, lahko pa jih posameznik »umetno« zadovolji (angl. *artificial closure*). V takšnem primeru pride do reakcij preživetja in skriptnih odločitev, ki lahko postanejo fiksirane in se kasneje kažejo kot izogibanje čustvenemu doživljanju, inhibiranje telesnih senzacij ter prepričanja, ki omejujejo posameznikovo spontanost v odnosih in fleksibilno reševanje problemov. Vsakršno obrambno prekinjanje kontakta zožuje tudi obseg posameznikovega zavedanja. V integrativni psihoterapiji razrešujemo prav takšne fiksirane prekinitve notranjega in zunanjega kontakta (Erskine, 2015).

Kontakt se nanaša tudi na kakovost transakcij v odnosih. Gre za polno zavedanje sebe in drugega v odnosu, senzitivno in avtentično srečanje z drugim. Kakovost medosebnih odnosov je odvisna od notranjega in zunanjega kontakta (Erskine, 2015). Integrativna psihoterapija izhaja iz predpostavke, da je za psihološko rast potreben odnos, odnos pa je grajen na medosebnem kontaktu. Pristen medosebni kontakt je možen le, če je nekdo tudi v kontaktu s seboj. Za psihoterapevtski proces je pomembno dejstvo, da kontakt s terapevtom spodbudi klientovo notranje zavedanje, in hkrati ko klient prihaja v vedno večji kontakt s seboj, se lahko tudi do terapevta vedno bolj odpira. *Prekinitvev kontakta* predstavlja tako odziv kot tudi vzrok psihične bolečine ali rane. Na primer: kadar je klienta nekdo ranil, ga ni upošteval ali ga je poniževal, se je klient zaprl in umaknil pred svojo bolečino kot tudi pred odnosom, ki je takšno izkušnjo povzročil. V terapiji pa klient obudi boleče spomine, nezadovoljene potrebe ali strahove, ki jih je v situaciji občutil, in osmišlja doživeto bolečino. Terapevt pomaga klientu povečati zavedanje s pomočjo prepoznave in razrešitve procesov, ki so prispevali k prekinitvam kontakta (Erskine idr., 1999).

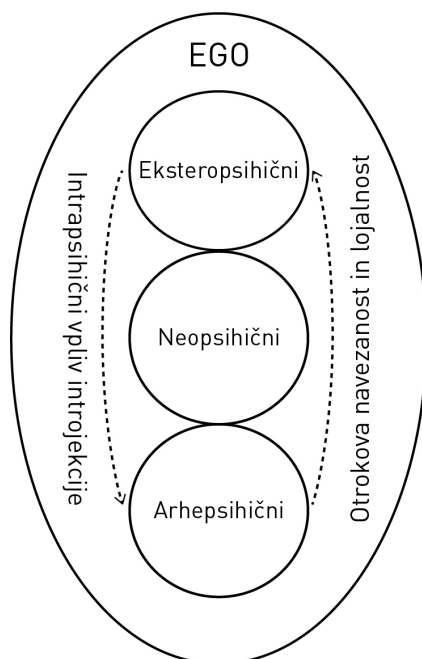
Integrativni model ego stanj

Pomemben koncept teorije osebnosti predstavlja tudi koncept *ego stanj*, ki ima izvor v transakcijski analizi, ki jo je utemeljil Eric Berne. Eric Berne je razvil pomembno teorijo ego stanj, ki izhaja iz psihoanalitične ego psihologije in teorije objektivnih odnosov (Berne, 1961, 1966, 1967, 1972). Ego stanja je definiriral kot »koherentne sisteme misli in čustev, ki se manifestirajo v odgovarjajočih vzorcih vedenja« (Berne, 1972, str. 11). Ego stanja tako lahko razumemo kot medsebojno povezane vzorce mišljenja, čustvovanja, vedenja in telesnih občutkov. V transakcijski analizi obstaja več modelov ego stanj, v integrativni psihoterapiji pa uporabljamo model integriranega Odraslega (O'Reilly-Knapp in Erskine, 2003), ki predstavlja nadgradnjo

originalnega Bernovega modela ego stanj (Slika 2). Ta model poleg Bernovih idej vključuje spoznanja teorije objektivnih odnosov.

Slika 2

Model integriranega Odraslega



Opomba. Prirejeno po „Core Concepts of an Integrative Transactional Analysis“, M. O’Reilly-Knapp in R. G. Erskine, 2003, *Transactional Analysis Journal*, 33(2), str. 570.

Slika 2 prikazuje model integriranega Odraslega, ki vključuje tri glavna ego stanja: arhepsihično (Otrok), neopsihično (Odrasli) in eksteropsihično (Starš).

Otroška/arhepsihična ego stanja

Otroško ali arhepsihično ego stanje predstavlja celotno osebnost iz prejšnjih razvojnih obdobjih (Erskine, 1988, 1991). Ko je otroško ego stanje aktivirano, se oseba počuti, misli in se vede, kot se je v preteklosti (Žvelc in Žvelc,

2021). Čeprav ima oseba lahko občutek, da reagira na trenutno realnost, v bistvu doživlja svet s kapacitetami otroka na razvojni stopnji nerazrešene travme (Erskine in Moursund, 2011). Primer za to je klientka, ki je podoživljala zlorabo s strani strica v otroštvu, vsakič ko je prišlo do telesnega stika z njenim fantom. Ob telesnem stiku se je začela tresti, počutila se je prestrašeno, začela se je jokati in braniti. Drugi primer je klient, ki je v otroštvu živel ob zelo strogem, avtoritativnem očetu, ob katerem se je počutil nepomembnega. V psihoterapiji je poročal o težavah v odnosu z nadrejenim, saj je ob njem podoživljal izkušnjo s svojim očetom. Na sestankih z nadrejenim se je počutil kot »popolna ničla«, bilo ga je zelo sram in je težko izražal svoje ideje o podjetju. Ob stiku z nadrejenim je pri njem prišlo do aktivacije otroškega ego stanja. Spet se je počutil nepomembnega, kot se je počutil v odnosu s svojim očetom, čeprav mu je bil njegov šef zelo naklonjen in ga je pogosto tudi pohvalil.

Arhepsihična ego stanja se nanašajo na razvojne fiksacije (zastoje) iz prejšnjih razvojnih faz. Gre za potrebe, želje, obrambne mehanizme, način razmišljanja, zaznavanja, čustvovanja in vedenja, značilne za razvojno fazo, ko je pri klientu prišlo do psihološke *fiksacije*. To so izkušnje iz otroštva, ki so nepredelane in neprebavljene s strani odraslega ega. Nastanejo zaradi neustreznega stika med otrokom in pomembnimi drugimi osebami, ko temeljne otrokove relacijske potrebe niso bile zadovoljene (Erskine, 2015). Do arhaičnih ego stanj lahko pride tudi kasneje v življenju zaradi različnih travmatskih izkušenj, ki jih posameznik ne more integrirati v odraslo ego stanje. Ta ego stanja ostanejo neintegrirana in odcepljena, dokler oseba ne razreši z njimi povezanih obrambnih mehanizmov in jih integrira v odraslo stanje jaza. Erskine (1988) poudarja, da ne gre samo za eno ego stanje, ampak lahko obstaja več arhaičnih ego stanj v različnih razvojnih obdobjih. Ljudje se namreč razvijamo prek številnih razvojnih faz in v vsaki od teh faz se lahko pojavi fiksacija.

Starševska/eksteropsihična ego stanja

Starševska ali eksteropsihična ego stanja predstavljajo introjekcije osebnosti dejanskih ljudi, kot jih je doživela oseba v času, ko je prišlo do introjekcije (Erskine, 1991). Ko je oseba v ego stanju Starša, čustvuje, misli in se vede na enak način kot eden izmed njenih staršev ali drugih za osebo pomembnih oseb. Vsebine, ki smo jih prevzeli od pomembnih drugih oseb, so velikokrat zelo iracionalne, obarvane z otrokovim doživljanjem avtoritet (Erskine in Moursund, 2011). Introjekcija je obrambni mehanizem, do

katerega pride zaradi primanjkljaja stika med otrokom in starši. Pomembna druga oseba postane del ega, s čimer je konflikt, ki je nastal zaradi primanjkljaja zadovoljitve potreb, internaliziran in tako navidezno lažje rešljiv. Introjecirani elementi lahko ostanejo v osebnosti kot nekakšni tujki in so pogosto nedotaknjeni od poznejšega učenja in razvoja (Erskine in Moursund, 2011). Vplivajo na naše vedenje in doživljanje. Fenomenološko so ta stanja doživeta, kot da so naša lastna, vendar v resnici predstavljajo elemente osebnosti drugih ljudi.

Ego stanje Starša lahko funkcionira aktivno ali pa kot intrapsihični vpliv (Berne, 1961; Erskine in Moursund, 2011). Aktivna manifestacija ego stanja Starša pomeni, da oseba deluje in doživlja okolje, kot so ga pomembne osebe iz preteklosti. V partnerski terapiji je mož kritiziral in poniževal svojo ženo na isti način, kot je to počel njegov oče, ko je poniževal njega. Pri tem je uporabljal podobne besede in kretnje. V tem primeru govorimo o aktivni manifestaciji starševskega ego stanja – mož je doživljal svojo ženo tako, kot je njegov oče v preteklosti doživljal njega in njegovo mamo.

Če pa gre za intrapsihični vpliv starševskega ego stanja, pa oseba reagira do sebe na podoben način, kot so se starši ali druge avtoritete vedle do njega. Klientka, ki je živela ob zelo perfekcionistični in zahtevni materi, je v službi ves čas sebe tiho kritizirala: »To ni dovolj dobro, bolj se potruji. Moraš biti hitrejša!« Bala se je, da ne bo zmoгла delovnega tempa in se je zatekala v bolniški stalež. V psihoterapiji je spoznala, da se je ob povečanih obremenitvah v službi začela kritizirati tako, kot jo je v preteklosti kritizirala njena mati. Ego stanje Starša je v tem primeru delovalo kot intrapsihični vpliv, ki je aktiviral njeno otroško ego stanje, ki se je bala, da ne bo zmoгла zahtev njenega starševskega ego stanja.

V integrativni psihoterapiji gledamo na introjekcijo kot na nezavedno samovarovalno identifikacijo z elementi osebnosti pomembne bližnje osebe. Pojavlja se v odsotnosti polnega stika, kjer temeljne potrebe v odnosu niso zadovoljene. Gre za način kompenzacije nezadovoljenih relacijskih potreb. Tako se posameznik izogne zunanjemu relacijskemu konfliktu, vendar ga ponotranji in navidezno obvladuje. Vsi introjekti so zaradi njihove obrambne narave disfunkcionalni, saj otežujejo zadovoljevanje relacijskih potreb v sedanjosti (Erskine, 2003). Introjecirani elementi ostajajo kot tujki znotraj posameznikove osebnosti in vplivajo na posameznikovo vedenje in zaznavanje. Gre za dele osebnosti pomembnih drugih, ki jih posameznik občuti, kot bi bile njegove (Erskine, 2003).

Notranji konflikt in vez lojalnosti

Slika 2 prikazuje tudi notranjepsihični vpliv starševskega stanja jaza in lojalnost otroka do starša zaradi temeljne otrokove potrebe po kontaktu, navezanosti in odnosu (Erskine, 2003).

V primeru neustreznega kontakta med otrokom in pomembno drugo osebo pride do internalizacije konflikta, ki vključuje introjeksijo pomembne druge osebe (Starš) in odziv otroka na primanjkljaj kontakta (Otrok). Ko otrokove relacijske potrebe niso bile priznane, validirane in normalizirane s strani pomembne osebe, pride do motnje v odnosu in konflikta med otrokovimi poskusi, da bi bile njegove relacijske potrebe zadovoljene, in na drugi strani pomembno osebo, ki ni ustrezno poskrbela za otrokove potrebe. Povišana stopnja občutij anksioznosti izzove nezavedno obrambno identifikacijo s pomembno drugo osebo. Otrok je tako razrešil konflikt, vendar se hkrati odpovedal svojim potrebam in tako ostal lojalen v odnosu do pomembne osebe. Zunanji konflikt nezadovoljenih relacijskih potreb se je internaliziral. Otroška in starševska ego stanja so tako medsebojno povezana, saj otrok internalizira izkušnjo doživljanja sebe v odnosu z drugo osebo (Little, 2006; Žvelc, 2009, 2010).

Integrirani Odrasli

Odraslo ali neopsihično stanje jaza se nanaša na funkcioniranje, ki je skladno s posameznikovo starostjo in se izraža v ustreznem čustvenem, kognitivnem in moralnem razvoju posameznika, sposobnosti kreativnega delovanja in zmožnosti za zadovoljujoče odnose z drugimi (Erskine, 2015). Odraslo stanje jaza predstavlja posameznikove trenutne kapacitete ega brez notranjepsihičnega nadzora introjiciranih ali arhaičnih ego stanj. Starševsko in otroško stanje jaza predstavljata introjeksije in fiksacije posameznikovih preteklih nerazrešenih izkušenj, ki posamezniku jemljejo psihično energijo in mu onemogočajo spontano in fleksibilno reševanje problemov, ohranjanje svojega zdravja in intimnih odnosov z drugimi. Na podlagi korektivnih življenjskih izkušenj ali s pomočjo psihoterapije pa lahko posameznik otroška in starševska ego stanja integrira v odraslo stanje jaza. Integracija pomeni, da posameznik izkušnje iz otroštva in introjicirane izkušnje pomembnih drugih ozavešča in predela. Te tako več ne povzročajo notranjepsihičnega konflikta in ne služijo posameznikovi obrambni naravnosti, ampak predstavljajo vir izkušenj in znanja (Erskine, 2003).

V integrativni psihoterapiji je edino ego stanje odraslega tisto, ki je v polnem kontaktu s tukaj in zdaj, aktivacija stanj Starša in Otroka pa predstavlja neuspešno prilagoditev na trenutno življenjsko situacijo. Ego stanji Starša in Otroka predstavljata torej vsebine, ki niso integrirane v odraslo ego stanje. Predstavljajo nepredelane in neprebavljene izkušnje, ki so nastale zaradi delovanja posameznikovih obrambnih mehanizmov (Erskine, 1997a). Cilj integrativne psihoterapije je celostnost posameznika – to pomeni integracijo ego stanj Starša in ego stanj Otroka v odraslo ego stanje. Na ta način so odcepljene in neintegrirane vsebine procesirane, predelane in prebavljene.

Tudor (2003) je razširil in nadalje razvil model integriranega odraslega. Odraslo ego stanje razume kot »pulzirajočo osebnost, ki procesira in integrira čustva, stališča, misli in vedenja, ki so skladna s »tukaj in zdaj« od spočetja do smrti« (str. 201). Odraslo ego stanje je torej proces in ne nekaj fiksnega, zato Tudor (2003) uporablja izraz »integrirajoči Odrasli« (ang. *integrating Adult*). Tudor (2003) omenja naslednje značilnosti integrirajočega Odraslega: avtonomija, relacijske potrebe, zavest, reflektivno funkcioniranje, kritična zavest, zrelost, motivacija in duhovnost. Žvelc (2010) k tem značilnostim dodaja še čuječnost.

Življenjski načrt in skriptni sistem

Erskine (2015) življenjski scenarij (angl. *life script*) definira kot kompleksen sistem nezavednih relacijskih vzorcev, ki se je oblikoval v stresnih okoliščinah v različnih razvojnih fazah na podlagi fizioloških preživetvenih reakcij, implicitnih zaključkov, eksplicitnih odločitev in introjektov. Omejuje posameznikovo spontanost in fleksibilnosti pri reševanju problemov, ohranjanju zdravja in medosebnih odnosih (Erskine, 2015).

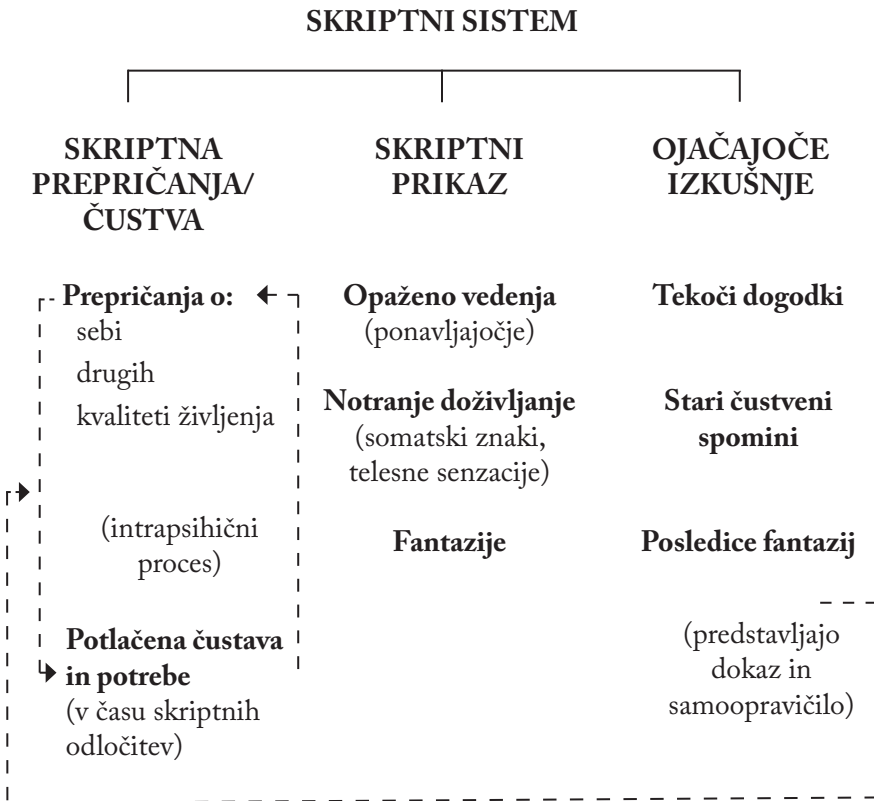
Življenjski scenarij je sistem psihične organizacije in samoregulacije, ki se ga posameznik ne zaveda in se je razvil kot »odgovor« na ponavljajoče se motnje v kontaktu s pomembnimi osebami, od katerih je bil otrok psihološko odvisen (Erskine, 2015). Predstavlja način, kako se je posameznik že kot dojenček in otrok prilagodil na neustrezen kontakt z drugimi osebami. Ti zapisi so vkodirani globoko fiziološko v telesnih strukturah, biokemičnih reakcijah; čustveno in kognitivno kot prepričanja, stališča in vrednote (Erskine, 2015). Tako oblikovani odzivi predstavljajo osnovni načrt, ki posameznika vodi skozi življenje.

Skriptni sistem je model, ki opisuje, kako se življenjski scenarij posameznika v življenju ohranja. Omogoča načrtovanje psihoterapije. Model skriptnega

sistema (Slika 3) predstavlja samoojačajoč proces prek treh medsebojno povezanih in soodvisnih podsistemov: skriptnih prepričanj/potlačenih čustev, skriptnega prikaza in ojačajočih izkušenj (Erskine in Zalcman, 1979; Erskine, 2015).

Slika 3

Model skriptnega sistema



Opomba. Prirejeno po „Relational Patterns, Therapeutic Presence: Concepts and Practice of Integrative Psychotherapy.“ (str. 115), R. G. Erskine, 2015, Karnac.

Skriptna prepričanja predstavljajo posameznikove zavedne in nezavedne odgovore o tem, kdo je, zakaj je njegovo življenje takšno in zakaj so njegovi odnosi takšni, kakršni so. Skriptna prepričanja so nastala kot odziv na nezadovoljene potrebe in boleča čustva, ki jih je posameznik potlačil.

Npr. otrok, ki ga starši ignorirajo in ne upoštevajo, lahko o sebi sklepa, da je nepomemben in da drugim ni mar zanj. Skriptne odločitve in zaključki se pozneje v življenju kažejo kot prepričanja o nas samih, drugih ljudeh in kakovosti življenja. Vplivajo na to, kako posameznik zaznava in interpretira vsakodnevne situacije in kako nanje reagira. Gre za samouresničujoče se napovedi. Skriptna prepričanja služijo posamezniku, da se izogne podoživljanju nezadovoljenih psihičnih potreb in z njimi povezanih neprijetnih občutkov, ki jih je potlačil, ko je oblikoval skriptne odločitve ali zaključke. Na drugi strani pa predstavljajo predvidljiv model življenja in medosebnih odnosov. Skript nudi psihološko ravnovesje ali homeostazo. Kakršnekoli spremembe tega lahko vodijo v občutja anksioznosti (Erskine, 2015).

Skriptni prikaz. Ko je posameznik pod stresom ali ko njegove potrebe niso zadovoljene, pogosto odreagira na način, ki je skladen z njegovimi skriptnimi prepričanji. Takšno vedenje označujemo kot skriptni prikaz in lahko vključuje kakršnokoli opaženo vedenje (npr. določen način vedenja v odnosih: »izbiro« določenih besed, tona glasu, čustvenega izraza, gibov telesa, izogibanje določenih situacij), ki predstavlja odraz skriptnih prepričanj, potlačenih čustev in potreb. Na primer: pri osebi, ki ima skriptno prepričanje, da je nepomembna, se to lahko kaže v njenem vedenju kot podrejanje drugim, doživljanje sramu, tiho govorjenje. Med skriptni prikaz štejemo tudi njene fiziološke reakcije, ki pa niso vedno razvidne navzven (npr. poroča o ščemenju v želodcu, mišični napetosti, glavobolu). Skriptni prikaz vključuje tudi fantazije, v katerih si posameznik predstavlja vedenje druge osebe ali sebe, ki potrjuje skriptna prepričanja (Erskine, 2015).

Ojačajoče izkušnje. Vedenje, ki je skladno s skriptom, lahko deluje ojačajoče, saj dogodek posamezniku »dokazuje«, da je skriptno prepričanje veljavno, in tako opraviči vedenje, ki je del skriptnega prikaza. Npr. posameznik, ki ima prepričanje, da je nepomemben, govori tiho in se ne izpostavlja. To lahko vodi do tega, da ga drugi ljudje ne opazijo in ne upoštevajo njegovega mnenja, kar potrди njegovo prepričanje, da je nepomemben. Ojačajoče izkušnje se nanašajo tudi na zbirko čustvenih spominov, vezanih na vedenje drugih ali sebe, priklicane notranje telesne senzacije ter fantazije in sanje. Služijo kot povratna zanka, ki ojačuje skriptna prepričanja. Posameznik pogosto sprejema in ohranja le spomine, ki so skladna s skriptnimi prepričanji, spomine, ki pa se s skriptnimi prepričanji ne ujemajo, posameznik z večjo verjetnostjo zavrača ali na njih pozabi, saj bi v nasprotnem primeru »izzvali« prepričanja in celoten obrambni proces (Erskine, 2015).

Skriptni sistem služi šestim pomembnim psihološkim funkcijam posameznika: i) samoregulaciji (uravnavanje močnega čustvovanja in samopomirjanje, ko pomembna druga oseba ni na voljo za odnos); ii) kompenzaciji (kompenzira v primarnih odnosih nezadovoljene relacijske potrebe); iii) samoobrambi (nudi obrambo pred bolečimi spomini in strahom, ki je bil prisoten ob prekinitvah odnosov); iv) orientaciji v odnosih z drugimi; v) »varovanju« pred prihodnjim psihološkim stresom, povezanim z motnjami in izgubami v odnosih (npr. posameznik anticipira in pričakuje, da bo ostal sam); vi) ohranjanju občutka integritete. Gre za strategije ohranjanja psihološkega ravnovesja, ki posamezniku nudijo predvidljivo prihodnost, identiteto, konsistentnost delovanja in stabilnost. V integrativni psihoterapiji skupaj s klientom raziščemo vsako od naštetih psiholoških funkcij skriptnega sistema (Erskine, 2015).

Klient na podlagi zgodnjih prepričanj o sebi in drugih pojasnjuje sedanost in se na osnovi tega tudi vede, s čimer lahko poustvarja preteklost (Erskine in Moursund, 2011; Moursund in Erskine, 2004). Integrativna psihoterapija se usmerja v spreminjanje klientovega skriptnega sistema, pri tem pa upošteva dve temeljni načeli: zavezanost k pozitivni življenjski spremembi in spoštovanje klientove integritete (Erskine, 2015). Psihoterapija omogoča, da pride do aktiviranja klientovih relacijskih shem v novem medosebnem kontekstu. Terapevt klienta vabi v odnos s kontaktom in mu istočasno nudi podporo pri vzpostavljanju kontakta z notranjim doživljanjem. Psihoterapevtski odnos omogoča rekonstrukcijo in spremembo obrambnih ter oblikovanje novih adaptivnih relacijskih shem (Žvelc, 2011). Štiri dimenzije človekovega delovanja (čustvena, vedenjska, kognitivna in fiziološka) predstavljajo tudi področja terapevtskega dela. Pomembno je, da pride do spremembe verbalnih kot tudi senzornih, visceralnih in motoričnih elementov sheme (Žvelc, 2011). Prav tako je pomembno, da terapevt dela integrativno s čim več elementi skriptnega sistema (kognitivno, afektivno, fiziološko, vedenjsko) (Erskine idr., 1999). Cilj terapije je sprememba zgodnjih strategij in odločitev ter prepričanj o sebi in drugih, da bi klient spremenil svoj življenjski scenarij in zaživel bolj svobodno.

Relacijske potrebe

Relacijske potrebe (Erskine idr., 1999) so posebna vrsta potreb, ki jih lahko zadovoljimo le skozi odnose z drugimi ljudmi. Če te potrebe v odnosih niso zadovoljene, se pojavijo občutki praznine, hrepenenja in osamljenosti. Oseba lahko postane frustrirana, jezna in agresivna, pojavijo se občutki pomanjkanja energije in upanja. Bolečina nezadovoljenih relacijskih potreb

lahko postane neznosna. V integrativni psihoterapiji terapevt prek kontakta v odnosu pomaga klientu, da razreši obrambne strategije, ki jih je razvil kot posledico v preteklosti nezadovoljenih potreb. Erskine in sodelavci (1999) omenjajo osem relacijskih potreb, ki so temeljne pri delu s klienti: i) potreba po varnosti, ii) potreba po spoštovanju in potrditvi, iii) potreba po sprejemanju od stabilne in zaščitniške osebe, iv) potreba po vzajemnosti, v) potreba po samo-definiciji, vi) potreba po vplivanju na drugega, vii) potreba po iniciativi druge osebe in viii) potreba po izražanju ljubezni.

Žvelc in sodelavci (2020) so koncept relacijskih potreb empirično raziskovali in razvili Lestvico zadovoljenosti relacijskih potreb. V raziskavi so avtorji najprej razvili 269 postavk, ki se nanašajo na osem relacijskih potreb, ki jih je opisal Erskine s sodelavci (1999). Pet strokovnjakov je postavke evalviralo z vidika teoretične ustreznosti, v naslednjem koraku pa so avtorji s pomočjo faktorske analize raziskali faktorsko strukturo konstrukta relacijskih potreb. Pri tem se je pokazalo, da se klinični opisi osmih relacijskih potreb, empirično kažejo v petih glavnih dimenzijah relacijskih potreb:

1. Avtentičnost

Ta dimenzija se nanaša na potrebo po avtentičnosti v odnosu z drugimi (Žvelc idr., 2020). Oseba, ki ima zadovoljeno to potrebo, doživlja, da je lahko v odnosih z drugimi to, kar v resnici je. To se kaže v občutku varnosti, razumevanja in spoštovanja s strani drugih oseb. Vključuje tudi občutek, da drugi ljudje sprejemajo posameznikovo individualnost ali drugačnost. Ta dimenzija ustreza Erskinovemu (2015) opisu potrebe po varnosti, sprejemanju in samodefiniciji.

2. Podpora in zaščita

Ta dimenzija se nanaša na potrebo po stabilni, zanesljivi in zaščitniški drugi osebi (Žvelc idr., 2020). Oseba, ki ima zadovoljeno to potrebo, ima občutek, da se v stiski lahko obrne po pomoč, zaščito in podporo druge osebe. Vključuje občutek biti z nekom, ki je močan, stabilen in lahko nudi oporo in stabilnost v trenutkih stiske. Ta dimenzija ustreza Erskinovemu (2015) opisu potrebe po sprejemanju od stabilne in zaščitniške druge osebe.

3. Vplivanje

Ta dimenzija se nanaša na potrebo po tem, da imamo vpliv na druge ljudi (Žvelc idr., 2020). Oseba, ki ima zadovoljeno potrebo po vplivanju v odnosih, doživlja, da drugi ljudje sprejemajo njeno mnenje, nasvete ali ideje. Ima občutek, da je vplivala na druge ljudi in v njih izzvala neko spremembo.

4. Deljena izkušnja

Lestvica se nanaša na potrebo po deljenju osebne izkušnje (Žvelc idr., 2020). Oseba z zadovoljeno potrebo po deljenju ima osebe, s katerimi deli interese, zanimanja, doživljanja in izkušnje. Gre za izkušnjo biti z osebo, ki je doživela nekaj podobnega in nam je v nečem podobna.

5. Inicijativa s strani druge osebe

Zadovoljena potreba se kaže v občutku, da nas drugi ljudje presenetijo, razbremenijo in nam pomagajo, ne da bi jih za to prosili (Žvelc idr., 2020). Gre za občutek, da druga oseba naredi nekaj za nas, brez naše prošnje ali zahteve.

Lestvica zadovoljenosti relacijskih potreb vključuje 20 postavk in poleg petih dimenzij relacijskih potreb vključuje tudi skupni rezultat, ki meri splošno izraženost zadovoljenosti relacijskih potreb. Konfirmatorna faktorska analiza je pokazala ustrezno prileganje hierarhičnega modela, ki vključuje 5 dimenzij in nadredno dimenzijo splošne izraženosti relacijskih potreb (Žvelc idr., 2020). Hierarhični model je bil potrjen tudi na češkem (Pourova idr., 2020) in turškem vzorcu (Toksoy idr., 2020). Dimenzije relacijskih potreb imajo ustrezno do dobro zanesljivost, pri čemer je zanesljivost skupnega rezultata odlična (0,90) (Žvelc idr., 2020). Rezultati raziskave tudi kažejo, da se zadovoljenost relacijskih potreb pozitivno in pomembno povezuje z varno navezanostjo, sočutjem do sebe, višjim zadovoljstvom z življenjem in boljšim blagostanjem (Žvelc idr., 2020).

Metode in tehnike dela

V integrativni psihoterapiji ločimo metode, ki so usmerjene v odnos med terapevtom in klientom, in metode, katerih poudarek je delo s klientovimi notranjepsihičnimi vsebinami (Žvelc in Žvelc, 2011). Obe skupini metod se med seboj prepletata in dopolnjujeta. Metode dela predstavljajo podlago za uporabo različnih terapevtskih intervencij in tehnik dela.

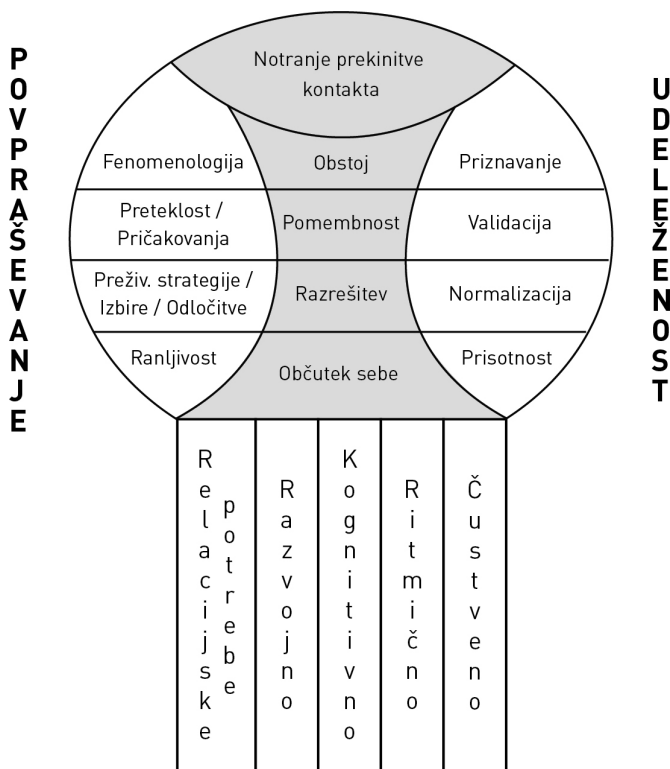
Relacijske metode

Odnos med terapevtom in klientom je v integrativni psihoterapiji osrednjega pomena. Ne predstavlja le osnove za terapevtske intervencije, ampak sam po sebi predstavlja pomemben zdravilni faktor. Cilj integrativne psihoterapije je vzpostavitev terapevtskega odnosa, ki omogoča klientu vzpostavitev kontakta s seboj in z drugimi. Povpraševanje, uglaševanje in udeleženosť so osrednje metode relacijske psihoterapije, ki omogočajo, da klient doživi novo relacijsko izkušnjo,

ki ga vabi izven starih nefunkcionalnih vzorcev (glej sliko 4). Opisane tri metode so med seboj močno prepletene in predstavljajo osrednje sestavine zdravilnega terapevtskega odnosa v integrativni psihoterapiji (Erskine idr., 1999).

Slika 4

Model ključavnice v integrativni relacijski psihoterapiji



UGLAŠEVANJE

Opomba. Prirejeno po „*Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*“ (str. 159), R. G. Erskine, J. P. Moursund in R. L. Trautmann, 1999, Brunner/Mazel.

Povpraševanje

S povpraševanjem (angl. *inquiry*) terapevt pomaga klientu na njegovi poti raziskovanja sebe in zdravljenja. Povpraševanje vključuje spoštljivo raziskovanje klientove fenomenološke izkušnje (npr. tistega, kar čuti, doživlja,

si želi). Povpraševanje temelji na predpostavki, da terapevt ne ve nič o klientovem subjektivnem doživljanju in vedenju. Terapevt vabi klienta, da ga pouči glede svojega doživljanja. Klientovo subjektivno doživljanje raziskujeta skupaj. Namen je pomagati klientu prepoznati vzorce, s katerimi prekinja notranji in zunanji kontakt. Klient bo na podlagi prepoznavne načinov prekinjanja kontakta lahko razvil nove, pristnejše, bolj spontane, fleksibilne in zadovoljive načine, na katere bo stopal v kontakt s seboj in drugimi. Terapevtsko povpraševanje ni toliko usmerjeno v pridobivanje odgovorov, ampak bolj v odkrivanje načina, na katerega klient prihaja do odgovorov. Poudarek je na procesu, kjer terapevt vabi klienta k iskanju odgovorov, drugačnemu razmišljanju in raziskovanju novih ravni zavedanja. Terapevt ga pri tem spodbuja in podpira, vendar hkrati spoštuje klientove inovativne načine, s katerimi varuje skrite koticke svojega jaza. Mehanizmi, s katerimi klient varuje svoje psihološko ravnovesje, so izven zavedanja, povpraševanje pa predstavlja proces njihovega odkrivanja. Proces povpraševanja je zdravilen sam po sebi, če se odvija v pristnem odnosu med terapevtom in klientom. Klient lahko varno odkriva sebe v novi luči in izkuša, kako je biti z nekom na načine, ki jih do tedaj ni poznal. Prav tako terapevt povprašuje klienta, kako je biti z njim v odnosu, kako se počuti, kadar se terapevt ne odzove v skladu z njegovimi pričakovanji ali na načine, na katere je bil klient prilagojen. Terapevt upošteva pomembne vidike procesa, kar pomeni, da klienta spoštuje, se zanj iskreno zanima, mu postavlja odprta vprašanja in je neprestano pozoren na kontakt s klientom (Erskine idr., 1999).

Uglaševanje

Pri uglaševanju (angl. *attunement*) gre za kinestetično in emocionalno čutenje klienta, kar zajema poznavanje njegovega ritma, čustev in doživljanja, ki ga spremlja rezonirajoč odziv in/ali recipročno čustvo (Erskine in Trautmann, 1997a). Uglaševanje gre onkraj empatije in ob terapevtovem stalnem zavedanju meje med njim in klientom kot tudi klientovega in lastnega notranjega doživljanja. Terapevtovo rezoniranje s klientovim doživljanjem omogoča klientu, da ozavesti vsebine in dele sebe, ki so bili zanikani, odcepljeni in potlačeni. Omogoča potrditev preteklih in sedanjih potreb in čustev ter ustvari podlago za popravilo preteklih neuspešnih odnosov. Uglaševanje vodi terapevtsko povpraševanje in oblikuje naravo terapevtske udeležnosti (Erskine idr., 1999).

Avtorji (Erskine idr., 1999) opisujejo več vidikov uglaševanja: kognitivno, čustveno, ritmično, razvojno in uglaševanje na relacijske potrebe. Pri

kognitivnem uglaševanju se terapevt uglašuje na klientove kognitivne procese in njegov način razmišljanja. Gre za razumevanje klientove logike in pomenov, ki jih pripisuje izkušnjam. Pomembno je, da uglaševanje sledi tako površinski zgodbi kot tudi globljim ravnem pomena. *Čustveno uglaševanje* vključuje odzivanje na klientova čustva z iskrenim recipročnim čustvenim odzivom terapevta. Pri *ritmičnem* uglaševanju terapevt prilagodi ritem povpraševanja in udeležnosti klientovemu tempu predelave notranjih in zunanjih informacij. Ritmično uglaševanje pomeni tudi dati klientu čas, da najde in integrira vse delčke, ki jih v terapiji odkriva. Terapevt pomaga klientu najti svoj naravni ritem, ki ga je morda izgubil zaradi prilagajanja na zunanje okoliščine. Pri *razvojnem* uglaševanju se terapevt uglaši na klientovo razvojno raven psihološkega funkcioniranja, ki se lahko v terapiji in med srečanji spreminja in ni nujno povezana s klientovo kronološko starostjo. Ko klient v terapevtskem odnosu začne prihajati v kontakt z odcepljenimi deli sebe, začne prihajati tudi v kontakt z mislimi, čustvi, vedenjem in spomini, ki so povezani s prejšnjimi razvojnimi fazami. Pomembno je, da se terapevt odziva v skladu s starostno stopnjo, ko se je zgodil primanjkljaj v odnosu. Pomemben del uglaševanja zajema tudi prepoznavanje in ustrezno recipročno odzivanje na klientove relacijske potrebe.

Udeležnost

Udeležnost (angl. *involvement*) pomeni, da je terapevt polno prisoten v odnosu s klientom in se nanj odziva iz trenutka v trenutek. Terapevt je v odnosu pripravljen, da se ga klientova zgodba dotakne in da s klientom rezonira. Štirje osrednji vidiki udeležnosti so: priznavanje, validacija, normalizacija in prisotnost. *Priznavanje* se začne z uglaševanjem na klientova čustva, potrebe, ritem in razvojno stopnjo. S priznavanjem terapevt izrazi, da se zaveda, kaj klient doživlja in kaj se z njim dogaja. Brez *validacije* klientove izkušnje bi bilo priznavanje prazno in nepodporno. Z validacijo klientu sporoča, da je njegovo doživljanje pomembno, da ima smisel in logiko. Namen *normalizacije* je pomagati klientu uvideti, da je njegovo vedenje in notranje doživljanje normalen in pričakovan odziv na njegove življenjske okoliščine. Klient tako sprejme svoje doživljanje in mehanizme spoprijemanja kot normalne in ne patološke. Terapevtova *prisotnost* se izraža v polnem kontaktu s klientom in polnem kontaktu s seboj in pomeni, da je terapevt polno prisoten v odnosu s klientom in deluje za njegovo dobrobit (Erskine idr., 1999).

Fenomen kontrastne pozicije

Klient lahko na prisotnega in uglašenega terapevta nepričakovano odreagira z neodzivnostjo, postane distanciran, včasih jezen. V takem trenutku je smiselno, da terapevt pomisli na *fenomen kontrastne pozicije* (angl. *juxtaposition*). Gre za pojav, ko klient začuti razkorak med tem, kar v psihoterapevtskem odnosu dobiva, in med tem, po čemer je sicer v preteklosti hrepenel in kar je potreboval, vendar mu prejšnji odnosi tega niso omogočili. Obudijo se lahko boleči spomini čustvenega doživljanja nezadovoljenih relacijskih potreb iz preteklosti, boleči spomini na pretekle odnosne izkušnje, na obdobje ranljivega čakanja, da bi se nekdo v bližnjih odnosih odzval. Ta bolečina je lahko močnejša, kot bi jo klient prenesel, zato se v klientu vzpostavijo obrambni mehanizmi, ki prekinejo tako notranji kontakt s seboj kot zunanji kontakt s terapevtom. Terapevt postane zaradi takšnih odzivov pogosto zmeden in jih lahko vidi v luči negativnega transferja ali kot znake lastnih neustreznih intervencij, prav tako se lahko odzove z lastnim kontratransferjem. *Kontrastna izkušnja* ne pomeni, da je terapevt naredil napačne poteze, pomeni le, da je prehitro povabil klienta v kontakt in s tem obudil odcepljene dele zavesti, ki jih klient še ne zmore predelati in sprejeti (Erskine idr., 1999).

Proces integrativne relacijske psihoterapije

Proces integrativne psihoterapije poteka po *modelu ključavnice* (Slika 4), ki so ga razvili Erskine in sodelavci (1999).

Prva faza: začetek

V začetni fazi terapije klienti običajno notranji kontakt prekinjajo na ravni zanikanja oziroma *ne priznavajo obstoja težave*. S terapijo začnejo, ker jih nekaj teži, ne vedo pa točno, v čem je problem. Na začetku navajajo težave, kot so stres na delovnem mestu, težave v zakonu, depresivno počutje in podobno, ki so daleč od izvirnega problema. Gre za simptome zoženega ali prekinjenega kontakta s seboj. Izvorno težavo predstavljajo neintegri-rani ali nezaveščeni občutki, misli ali spomini na pretekle izkušnje, ki še vedno »živijo«, čeprav se jih klient ne zaveda. Terapevt začne s *fenomenološkim* povpraševanjem. Podrobno povprašuje o vseh vidikih klientovega doživljanja: telesnih občutkih (»Kaj čutite v telesu, ko mi pripovedujete o dogodku s starši?«), telesnih reakcijah (»Vidim, da stiskate pest. Kaj bi ta pest rekla, če bi spregovorila?«), čustvih (»Katero čustvo sedaj doživljate?«), spominih (»Ali govorite direktno iz spomina ali le povzimate dogodek?«),

mišljenju (»Bi radi kaj dodali k temu, kar sem pravkar rekel?«), fantazijah (»Ali se vam to prikazuje v fantazijah?«). Na klientove navedbe se odziva s *priznavanjem* in potrjevanjem klientovega fenomenološkega doživljanja (»Zdite se mi zelo prestrašeni.«). Terapevtovo empatično razumevanje klienta spodbudi k pripovedovanju in terapevt je uglašen na klientovo opisovanje težav. Terapevt se uglašuje na klientovo čustvovanje (»Razmišljam, kako naj se na to odzovem, da se ne boste počutili zavrjnjeni.«), mišljenje (»Kaj ste ugotovili glede dogodka, ki ste mi ga malo prej opisovali?«), ritem (»... tišina ... Prepuščeni ste bili sami sebi. ...«) in razvojno raven njegovega pripovedovanja (»Ja. Vas razumem, Tina. To je popolnoma preveč za majhno deklico, še posebej, ko vidi očeta pred šolo vinjenega. Deklica potrebuje pomoč.«). Terapevt je v odnosu s klientom polno udeležen in na podlagi besedne in nebesedne komunikacije (npr. obrazna mimika, ton glasu) izraža avtentičen interes za klienta (»Kako ste zmogli doma opraviti vse študijsko delo glede na to, da se je oče vsakodnevno vračal domov vinjen? Je bilo potrebnega precej napora?«). V odnosu do klienta je spoštljiv kljub težki klientovi situaciji (»Zagotovo obstajajo pomembni razlogi, da ste trenutno v nezavidljivi situaciji.«). Terapevt s takšnimi in podobnimi vprašanji odkriva, kam klient pretežno usmerja svojo energijo, na kaj veže svoje razmišljanje. Klientu je pomembno, da terapevt izve, kako se počuti in s kakšnimi težavami se sooča. Prav tako mu je pomembno, da terapevt razume njegovo situacijo in okoliščine, kar mu terapevt izrazi prek priznavanja. Fenomenološko povpraševanje predstavlja izhodišče za začetek terapevtskega procesa. Izvorna potreba po terapevtskem procesu izhaja iz klientovega prekinjanja notranjega in zunanjega kontakta, vendar to na začetku ni ozaveščeno. Klient najlaže ubesedi svoje težave, s katerimi se trenutno sooča. Na začetku se ne zaveda fiksnih vzorcev, ki omejujejo njegovo fleksibilnost, spontanost in kreativnost. Delčki osebnosti, ki so odcepljeni, so izven klientovega zavedanja (Erskine idr., 1999).

Druga faza: ustvarjanje povezav

Ozaveščanje trenutnega doživljanja in povečevanje zmožnosti ostajanja v kontaktu z občutki, čustvi, željami in spomini klientu omogoča, da začne raziskovati *pomembnost* tega. Klient svojemu notranjemu doživljanju še *ne pripisuje večjega pomena* in s tem prekinja notranji kontakt. Na primer: na terapevtovo vprašanje, kaj trenutno doživlja, lahko odgovori, da so ga spreleteli občutki žalosti. Terapevt ga lahko povpraša, na kaj se nanaša omejena žalost, klient pa odgovori, da ne ve ali pa da nima razloga. Klient določena čustva, ki jih doživlja, tudi že poimenuje, vendar jih še ne poveže

s pripadajočimi preteklimi dogodki. Klient svoje doživljanje žalosti razlaga, kot da se vsakdo občasno lahko počuti žalostnega in da nima smisla, da bi se ukvarjal s svojo žalostjo, raje bo razmišljal o čem drugem (Erskine idr., 1999).

Klient zaradi prekinjanja notranjega kontakta še ne povezuje trenutnega doživljanja z ostalimi področji svojega življenja ali ga povezuje le delno, lahko pa tudi neustrezno. Na primer: klient pove, da je zelo žalosten, ker ima naslednji teden štirideseti rojstni dan, in da se vsakdo, ki dopolni štirideset let, počuti tako. Namen povpraševanja v tej terapevtski fazi je raziskati vse možne povezave med tem, kar klient trenutno občuti in kar se mu v zadnjem obdobju dogaja. Terapevt ne zanika, da štirideseti rojstni dan pri ljudeh ne bi mogel prebuditi občutkov žalosti. Vendar običajno za vsako notranje doživljanje obstaja več dejavnikov in terapevtsko najpomembnejši so povezani s posameznikovo *preteklostjo in njegovimi pričakovanji*, željami in strahovi glede prihodnosti. Pričakovanja glede prihodnosti so običajno odmev preteklosti ali izhajajo iz preteklih izkušenj. Pomembni so predvsem občutki in čustva, ki so povezani s pričakovanji, saj kažejo na to, kar je klient v preteklosti že doživljal. Vsakršno klientovo izražanje pričakovanj, želja ali strahov glede prihodnosti predstavlja izhodišče za povpraševanje o preteklosti. Povezanost preteklosti s prihodnostjo je običajno izven klientovega zavedanja. Na tej stopnji terapije predstavljajo klientove transferne vsebine, izražene v odnosu do terapevta, pomembno informacijo o klientovih preteklih odnosih. Kažejo, kaj je klient v odnosih s pomembnimi drugimi potreboval, kaj je pričakoval, glede česa je upal, česa se je bal. Čeprav se klient ne spominja dogodkov, pa so lahko z njimi povezani občutki in čustva zelo močni. Na primer: klient reče, da točno ve, kaj bo terapevt rekel glede določenega dejanja. Omenjena izjava ima veliko opraviti s klientovimi pomembnimi osebami iz preteklosti, na drugi strani pa terapevt ne podcenjuje klientovih pričakovanj, ki se delno neposredno nanašajo tudi nanj in dogajanje v terapiji. Terapevt *validira* klientovo doživljanje (Erskine idr., 1999). Klientu sporoča, da so njegova čustva, senzacije, obrambe in vedenjski vzorci pomembni, imajo smisel in logiko (»Predstavljate se kot zelo težavna oseba. Prav gotovo za to obstajajo zelo pomembni vzroki.«). Klient sprva morda terapevtu ne verjame ali razvrednoti terapevtove poskuse prikazovanja pomembnosti klientove izkušnje. Terapevt klientu pomaga raziskati načine, na katere osmišlja in strukturira pomen izkušnje in kako način osmišljanja preteklosti oblikuje sedanosti in prihodnost (»Kakorkoli se že opisujete ... kaj bi se zgodilo, če bi si namesto samokritičnih opisov rekli, da gre le za način obrambe. Kaj se lahko pojavi v spominu, če se prenehate kritizirati?«).

Tretja faza: izbire in odločitve

Klient se v večjem obsegu zaveda svojega notranjega doživljanja in njegove pomembnosti. Doživlja občutek kontinuiranosti, saj je pričakovanja glede prihodnosti povezal z dogodki iz preteklosti. Ozaveštil je načine osmišljanja in strukturiranja preteklih izkušenj in kako ti oblikujejo prihodnost (Erskine idr., 1999).

Klientova prekinitev kontakta s seboj in drugimi je običajno posledica odločitev, zaključkov ali preživetvenih strategij iz preteklosti. Klient se sedaj nahaja v drugačnih okoliščinah in ima na voljo vire, ki jih v preteklosti ni imel. Ozaveščati začne možnosti odločanja in sprememb, na podlagi česar je *razrešitev* situacije možna. Ozavešča tudi pretekle izbire in odločitve. Na primer: klientka pove, da se je kot deklica odločila, da se ne bo nikoli poročila z moškim, ki bi bil kot njen oče, ki jo je fizično kaznoval za vsako malenkost. Odločila se je, da otrok ne bo nikoli vzgajala z nasiljem, niti z dvigovanjem glasu niti z jezo. Njene pretekle odločitve ji v sedanjosti povzročajo težave pri postavljanju meja v odnosu s partnerjem in otroki. Terapevt s *povpraševanjem po klientovih preživetvenih strategijah, zaključkih in odločitvah* skupaj s klientom pogleda nanje s perspektive odrasle osebe. V otroštvu so klientu pomagale preživeti, v sedanjosti pa jih na nezavedni ravni še vedno uporablja. Prične se zavedati, kako njegovo notranje doživljanje izvira iz načina spoprijemanja s preteklimi težkimi življenjskimi situacijami. Ozavešča, da je način ustvarjanja pomena izkušnje stvar njegove odločitve. Način, na katerega posameznik izbira in se odloča, kaj mu je pomembno, izvira iz potreb, strahov, ran in delnega razumevanja iz preteklosti. Tega posameznik običajno nima ozaveščenega, na kar kaže tudi izjava klienta, da je njegova situacija takšna, ker tako pač je. Da bi se klient lahko v svojem življenju premaknil naprej in si omogočil kakovostnejše odnose z drugimi, mora najprej ozavestiti možnost izbire, ki predstavlja možnost spremembe. Sedaj je ključno, da klient doživi, da odločiti se za nekaj pomeni izbrati in ne biti v to potisnjen. Na primer: terapevt na klientovo opisovanje, kaj se je kot deček odločil, poseže z intervencijo: »Hmmm. Kako pomembna odločitev!«. Vnovično vzpostavljanje kontakta z delom jaza, ki se odloča med različnimi možnostmi, opolnomoči klienta, da se sedaj lahko odloči drugače (Erskine idr., 1999).

Klient sedaj razume, kako so pretekle odločitve vplivale na situacijo, v kateri trenutno je, in za to prevzame odgovornost. Odgovornost pa se lahko prelevi v občutja sramu in krivde. Klient se lahko začne obtoževati, da je za svojo situacijo kriv sam, da je nesposoben, nevreden. Na tej točki je pomembno, da terapevt uporabi intervencijo *normalizacije* oziroma da s svojo

polno in iskreno udeležnostjo v odnosu normalizira nastalo klientovo situacijo. Klientu osvetli dejstvo, da so klientove pretekle izbire in odločitve način spoprijemanja s težko situacijo ali preživetvene strategije. Vsakdo, ki bi se znašel v podobni situaciji, bil na podobni razvojni stopnji in bi mu bili na voljo podobni viri, bi ravnal podobno, kot je ravnal klient. Pomembno je, da klient verjame in začuti, da je to res. Na začetku lahko terapevtove poskuse normalizacije razvrednoti (»Ja, tako govorite, ker ste moj terapevt, ker želite, da bi se bolje počutil!«) (Erskine idr., 1999).

Četrta faza: polni kontakt

V zadnji terapevtski fazi klient postaja integrirana celota. Vzpostavil je kontakt s svojimi sposobnostmi in svojimi odcepljenimi deli, pravimo, da je prišel v *kontakt s sabo*. Povečata se obseg in intenziteta klientovega mišljenja, čutenja in zaznavanja. Klient se lahko v povezavi s predhodno potlačeni in odcepljenimi deli jaza, ki so sedaj integriranimi, počuti krhkega ali *ranljivega* (angl. *vulnerability*). Gre za ranljivost občutka varnosti v odnosu, ranljivost kontakta s sabo in terapevtom. Klient se ceni in spoštuje. Terapevtova *prisotnost* se izraža v polnem kontaktu s klientom in polnem kontaktu s seboj (Erskine idr., 1999).

Intrapsihične metode

Intrapsihične metode se nanašajo na metode psihoterapevtskega dela, pri katerih se klient osredotoča na svoj notranji svet in ne toliko na odnos s terapevtom. Ena izmed intrapsihičnih metod dela, ki so jo v integrativni psihoterapiji razvili, je *psihoterapija introjektiv* (Erskine in Moursund, 2011), pri kateri delamo s stanji jaza, ki so posledica identifikacije s pomembnimi osebami iz otroštva (ego stanja Starša). Gre za vsebine, ki jih je klient prevzel od drugih oseb v svojem življenju (npr. staršev) in ga ovirajo v vsakdanjem življenju. *Delo z zgodnjimi stanji jaza* (ego stanja otroka) se nanaša na ozaveščanje, predelavo in integriranje delov jaza, ki izvirajo iz zgodnejših razvojnih faz, vendar so bili odcepljeni in potlačeni (Žvelc in Žvelc, 2011).

Tehnike dela

Opisane metode integrativne psihoterapije so podlaga za različne tehnike dela, ki izhajajo iz različnih smeri psihoterapije, a so vpete v koherenten teoretični okvir integrativne psihoterapije. Cilj metod in tehnik dela je

vzpostavitev kontakta s seboj in drugimi in razrešitev obrambnih mehanizmov, ki to onemogočajo. Tehnike obsegajo: i) klasične intervencije (npr. interpretacija, razlaga, preokvirjanje, podčrtanje), ii) tehnike, usmerjene na emocije, iii) delo s telesom, iv) vedenjske in kognitivne tehnike, v) v čuječnost usmerjene intervencije, vi) delo z različnimi deli sebe (npr. tehnika dveh stolov, uporaba kreativnih medijev), vii) delo z nedokončanimi zadevami (npr. tehnika praznega stola), viii) metakomunikacija (npr. refleksija klienta in terapevta o njunem odnosu in trenutnem relacijskem dogajanju) ter ix) tehnike procesiranja (npr. EMDR) (Žvelc in Žvelc, 2011).

Na čuječnost in sočutje usmerjena integrativna psihoterapija

Žvelc in Žvelc (2021) sta razvila na čuječnost in sočutje usmerjeno integrativno psihoterapijo (angl. Mindfulness- and Compassion-oriented Integrative Psychotherapy – MCIP), ki predstavlja nadaljnji razvoj integrativne relacijske psihoterapije. Integrativno relacijsko psihoterapijo sta integrirala s procesi čuječnosti in sočutja, polivagalno teorijo (Porges, 2011, 2017) in modelom spominske rekonsolidacije (Ecker idr., 2012). Poleg tega avtorja integrirata terapijo sprejemanja in predanosti (ACT) (Hayes idr., 2012) in druge sodobne terapije tretjega vala vedenjske terapije, ki temeljijo na čuječnosti in sprejemanju.

MCIP temelji na empirično dokazanih procesih spremembe, ki so bili ugotovljeni v raziskavah psihoterapije. Avtorja razvijeta integrativni model procesov spremembe, ki vključuje procese spremembe, vezane na temeljne dimenzije človeške izkušnje (Žvelc in Žvelc, 2021): medosebno, kognitivno, čustveno, fiziološko, vedenjsko, duhovno in sistemsko/kontekstualno. Čuječnost in sočutje sta v MCIP razumljena kot metaprocesa spremembe, ki vplivata na ostale procese spremembe. V čuječnost in sočutje usmerjeni integrativni psihoterapiji terapevt sledi klientu iz trenutka v trenutek in skuša spodbuditi procese spremembe, za katere meni, da bi bili v določeni točki terapije najbolj zdravilni. Pri tem upošteva tudi klientovo pripravljenost za delo na določeni dimenziji.

Za na čuječnost in sočutje usmerjeno integrativno psihoterapijo so osrednjega pomena naslednji procesi čuječnosti in sočutja:

1. zavedanje sedanjega trenutka,
2. decentrirana perspektiva,
3. sprejemanje,
4. sočutje do sebe in sočutje do drugih.

V MCIP skuša psihoterapevt spodbuditi te procese znotraj uglašene psihoterapevtskega odnosa. To pomeni, da klient postane polno zavesten, kaj se dogaja v sedanjem trenutku, svoje doživljanje opazuje z decentrirane perspektive in ga sprejema. Obenem skuša terapevt spodbuditi klienta, da razvije sočutje do sebe v situaciji trpljenja ali v odnosu do zgodnjih delov sebe (arhaična stanja jaza). Čeprav terapevt lahko pri tem uporabi različne meditativne tehnike čuječnosti in sočutja, to ni primarni način dela v MCIP. V MCIP sta čuječnost in sočutje vpeta v samo »srce« terapevtskega odnosa. MCIP je relacijska psihoterapija, ki izhaja iz predpostavke, da terapevt in klient sovplivata drug na drugega tako na zavestni kot nezavedni ravni (Žvelc in Žvelc, 2021). Pri tem daje MCIP še poseben poudarek na fiziološko intersubjektivnost, ki se nanaša na vzajemno vplivanje klientovega in terapevtovega avtonomnega živčnega sistema. Terapevt s čuječo in sočutno prisotnostjo omogoča reguliranje klientovega avtonomnega živčnega sistema v smeri sistema socialne udeležnosti, ki omogoča izkušnjo varnosti in povezanosti z drugimi (Porges, 2011, 2017).

MCIP poteka v treh glavnih fazah. V **prvi fazi** je cilj razviti terapevtsko delovno alianso in kapaciteto za čuječnost. V tej fazi je v ospredju grajenje terapevtske alianse, čustvena in fiziološka regulacija ter razvijanje čuječnosti in sočutja do sebe.

V **drugi fazi** terapevt pomaga klientu prepoznati temeljne relacijske sheme in stanja jaza, ki predstavljajo izvor njegovih problemov. Relacijske sheme so vzorci, na podlagi katerih doživljamo sebe in druge ljudi in ki vključujejo kognitivne, afektivne, fiziološke in vedenjske elemente posameznikove subjektivne izkušnje (Žvelc, 2009, 2010, 2011). Terapevt pri tem pomaga klientu, da razvije čuječen odnos in metakognitivno zavedanje teh vsebin. Obenem mu pomaga razviti sočutje do ranljivih delov sebe, ki jih je klient med razvojem odcepil od sebe. Čuječno zavedanje bolečih vsebin in sočutje do sebe omogoča klientu, da se več ne identificira s temi vsebinami, kar prinaša večjo notranjo svobodo in obenem regulacijo bolečih čustev. V tej fazi je pomemben tudi kontakt s temeljnimi vrednotami in smislom, ki omogoča klientu, da začne slediti temu, kar mu je v življenju najbolj pomembno. Klientovo čuječno zavedanje se v tej fazi dopolnjuje z vedenjskimi intervencijami, ki spodbujajo klienta k predani aktivnosti skladno z njegovimi najglobljimi hrepenenji in željami.

Tretja faza terapije je namenjena transformaciji in integraciji odcepljenih delov sebe in disfunkcionalnih relacijskih shem prek procesov čuječnosti in sočutja. V prejšnji fazi terapije je klient ozavestil in razvil čuječen odnos

do temeljnih disfunkcionalnih shem in sočutje do ranljivih delov sebe. To klientu omogoči večjo psihološko fleksibilnost, ki se kaže v večji svobodi delovanja v smeri svojih najglobljih hrepenenj. Čeprav se disfunkcionalne sheme in z njimi povezana stanja jaza še vedno lahko aktivirajo, je klient razvil kapaciteto za čuječno soočanje z njimi. V tretji fazi terapije pa je cilj transformacija disfunkcionalnih relacijskih shem in integracija odcepljenih delov sebe. Transformacija in integracija poteka s pomočjo metode čuječnega procesiranja (angl. *mindful processing*) in procesiranja s pomočjo sočutja do sebe (angl. *compassionate processing*). Pri tem čuječnost in sočutje nista uporabljena samo kot metodi za regulacijo in spoprijemanje z bolečimi čustvi in vsebinami, ampak omogočata predelavo in integracijo izkušnje s pomočjo procesa rekonsolidacije spomina (Ecker idr., 2012). Takšna sprememba omogoča globinsko spremembo disfunkcionalnih shem in ne samo regulacije, ko se te sheme aktivirajo.

MCIP je podrobneje opisana v knjigi *Integrativna psihoterapija: Na čuječnost in sočutje usmerjen pristop* (Žvelc in Žvelc, 2021). Na tem mestu smo opisali samo nekaj temeljnih principov, ki predstavljajo nov doprinos k integrativni relacijski psihoterapiji.

7 Raziskave psihoterapevtske integracije

Z dokazi podprta psihološka praksa in integracija psihoterapije

Psihoterapevtska integracija temelji na raziskavah psihoterapije in je skladna s smernicami z dokazi podprte psihološke prakse (angl. *evidence-based practice in psychology*, EBPP), ki jih predlaga Ameriško psihološko združenje (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

EBPP predstavlja integracijo dokazov ali evidence najboljših raziskav s terapevtsko strokovno usposobljenostjo v kontekstu klientovih značilnosti in vrednot ter klientovega kulturnega okolja (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Namen EBPP je razvijanje učinkovite psihološke prakse in izboljševanje javnega zdravja s pomočjo uporabe z dokazi podprtih principov psihološkega testiranja, formulacije primera, terapevtskega odnosa in intervencij.

Pomembno je razjasniti razliko in povezavo med z dokazi podprto psihološko prakso (EBPP) in empirično podprtimi terapijami (angl. *empirically supported treatments*, ESTs). ESTs izhajajo iz terapevtskega modela, na podlagi katerega se vprašajo, ali model pri določeni motnji ali določenih težavah deluje. Gre za točno določene psihoterapevtske modele, ki so dokazali svojo učinkovitost v randomiziranih kliničnih raziskavah. EBPP je širši koncept in postavlja v osredje klienta, glede katerega se vprašajo, kateri dokazi raziskav (vključno z RCT) bodo najbolje pomagali terapevtu pri delu in doseganju učinkovite terapije. Opira se na širši spekter kliničnih aktivnosti (npr. psihološko testiranje, formulacija primera, terapevtski odnos),

pri kliničnem odločanju in uporabi intervencij pa integrira raznovrstne dokaze o učinkovitosti (ne le rezultate RCT) (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Uporabnost rezultatov, pridobljenih s pomočjo randomiziranih kliničnih raziskav, in uporabnost rezultatov drugih načinov raziskovanja pri psihoterapevtskem delu sta argumentirala že Persons in Silberschatz (1998). Navedla sta nasprotujoče si odgovore. Persons meni, da so informacije, pridobljene iz RCT, bistvenega pomena za psihoterapevtsko delo, Silberschatz pa meni, da so nepomembne. Persons izpostavlja, da terapevtsko delo ne more biti izvedeno kakovostno, če se pri tem ne opira na rezultate RCT, prav tako pa je terapevt tudi etično odgovoren, da klienta obvesti o vseh za njega relevantnih informacijah o učinkovitosti terapij, temelječih na rezultatih RCT, in o tistih terapijah, katerih učinkovitost ni bila raziskana s pomočjo RCT. Silberschatz argumentira, da RCT ne odgovarjajo na vprašanja, relevantna za psihoterapevtsko delo, in zagovarja alternativne pristope raziskovanja psihoterapije (npr. naturalistične raziskave ali raziskave učinkovitosti v naravnih pogojih, kvazieksperimentalne metode).

Model psihoterapevtske prakse, ki ga predlaga delovno telo Ameriškega psihološkega združenja, izhaja iz ugotovitev metaanalitičnih raziskav, ki so pokazale, da je večina raziskanih psihoterapevtskih modelov učinkovitih pri raznovrstnih psiholoških težavah (Wampold in Imel, 2015). Poudarjajo, da so velikosti učinka psiholoških intervencij podobne ali celo višje od medicinsko utemeljenih terapij (npr. Barlow, 2004) in da je pomembno, da ne predvidevamo, da terapevtski modeli, ki še niso bili raziskovani znotraj RCT, niso učinkoviti. Izpostavijo, da so del dokazov raziskav raznovrstni raziskovalni načrti, ki so primernejši za raziskovanje določenih raziskovalnih vprašanj in prispevajo pomemben del dokazov učinkovitosti. Sem štejejo tudi kvalitativne raziskave, ki opisujejo terapevtsko izkušnjo z vidika klientovega doživljanja. Prav tako so pomemben del dokazov rezultati raziskav, usmerjenih na povezanost procesov z izidi, ki ugotavljajo mehanizme spremembe, ter naturalistično izvedene raziskave učinkovitosti, ki so visoko ekološko veljavne (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Model EBPP upošteva tudi ugotovitve raziskav, da terapevtska metoda, terapevt (Baldwin in Imel, 2013; Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015), terapevtski odnos (Norcross, 2011, 2014) in klient (Bohart in Greaves Wade, 2013; Bohart in Tallman, 2014) pomembno prispevajo k

učinkovitosti terapije. Model EBPP podpira nadaljnje raziskovanje mehanizmov spremembe tako v kontekstu skupnih kot specifičnih faktorjev, raziskovanje učinkovitih terapevtskih značilnosti in postopanj ter značilnosti terapevtskega odnosa ter ugotavljanje učinkovitosti kateregakoli širše uporabljenega psihoterapevtskega modela, ki še ni bil raziskan.

Poročilo delovnega telesa Ameriškega psihološkega združenja o psihološki praksi (2006), podprti z dokazi, navaja, da klinična usposobljenost ali strokovnost terapevtov zajema vrsto kompetenc, ki prispevajo k učinkovitosti terapije: i) diagnostično presojanje, sistematično formulacijo primera in načrtovanja poteka terapije, ii) klinično odločanje, izvedbo terapije in spremljanje klientovega napredka, iii) medosebne veščine, iv) neprestano samorefleksijo in pridobivanje veščin, v) uporabo ugotovitev znanstvenih raziskav, vi) razumevanje klientovih individualnih in kulturnih posebnosti v kontekstu terapevtskega procesa, vii) dodatno pridobivanje znanja (npr. svetovanje, supervizija) ter viii) tehtno utemeljitev kliničnih strategij dela.

Upoštevanje klientovih individualnih karakteristik in preferenc ter socio-kulturnih značilnosti predstavlja osnovo modela EBPP. Gre za izhodišče, »kaj deluje za koga«, ali prilagajanje terapije klientovim značilnostim. Terapija mora biti zasnovana individualno in v skladu z edinstvenostjo klientovega konteksta (American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Značilnosti, ki jih je treba pri klientu upoštevati, če želimo učinkovit izid, so: i) stopnja reaktivnosti/odpora (Beutler, Harwood, Michelson idr., 2011), ii) preference (Swift idr., 2011), iii) kulturno okolje (Smith idr., 2011) ter iv) religioznost/spiritualnost (Worthington idr., 2011). Pomembni sta še dve značilnosti, in sicer i) stopnje spremembe (Norcross idr., 2011) in ii) stili spoprijemanja (Beutler, Harwood, Kimpfara idr., 2011), ki verjetno prispevata k učinkovitosti. Na izid vplivajo tudi klientova pričakovanja (Constantino idr., 2011) in stil navezanosti (Levy idr., 2011).

Poleg splošno sprejetega pristopa empirično podprte terapije, ki je utemeljen z dokazi randomiziranih kliničnih raziskav (McHugh in Barlow, 2010), je tudi pristop skupnih faktorjev (Frank in Frank, 1993; Wampold in Imel, 2015) z dokazi podprt pristop v psihologiji in pripomore k razumevanju in vpogledu, kako terapija deluje. Laska idr. (2014) ugotavljajo, da bi bilo potrebno integrirati oba pristopa: empirično podprto terapijo in pristop skupnih faktorjev. To bi pripomoglo k razvoju raziskovanja in izvajanja psihoterapije.

Raziskave modelov, utemeljenih na integraciji psihoterapije

Raziskovanje učinkovitosti psihoterapevtske integracije kaže, da je ta na splošno učinkovita, saj temelji na dokazih učinkovitosti skupnih faktorjev (Laska idr., 2014; Wampold, 2015; Wampold in Imel, 2015).

Integrativno gibanje in različne oblike psihoterapevtske integracije prinašajo pomembne spremembe na polje psihoterapevtskega dela: prihaja do manjšega osredotočanja na zdravljenje motenj in bolj na procese spremembe, katerih učinkovitost je bila empirično dokazana. Temu sledijo tudi do sedaj tradicionalno usmerjene vrste psihoterapij (npr. KVT) (Klepac idr., 2012). Pojavljajo se nove smernice za raziskovanje učinkovitosti psihoterapije, ki poudarjajo terapevtske procese in njihove učinke na spremembe vedenja (Insel idr., 2010). Prav tako so v porastu transdiagnostični psihoterapevtski modeli, ki se osredotočajo na psihološke mehanizme, ki vodijo v disfunkcionalno vedenje, in ne na odpravljanje samih simptomov (npr. Ellard idr., 2017). Raziskovanje učinkovitosti psihoterapije se preusmerja na raziskovanje dejavnikov spremembe in oblikovanje učinkovitih psihoterapevtskih modelov, ki poudarjajo transdiagnostične procese. Gre za ugotavljanje terapevtskih procesov, ki predstavljajo dejavnike spremembe prek različnih diagnostičnih kategorij. Klinična znanost je dosegla prelomno točko. Pojavljajo se spremembe v paradigmi klinične znanosti in prehod k procesno zasnovanim terapijam (Hofmann in Hayes, 2018). Narašča število psihoterapevtskih modelov, ki jih je možno empirično preveriti. Prihaja do porasta raziskav mediatorskih in moderatorskih spremenljivk znotraj psihoterapije. Na obzorju so nove oblike diagnosticiranja, ki temeljijo na funkcionalni analizi. Predvsem pa vedno več psihoterapevtskih šol prehaja k procesno zasnovanim terapijam, ki predstavljajo kontekstualno specifično uporabo na empiričnih dokazih zasnovanih procesov in postopkov, ki pripomorejo k razrešitvi klientovih problemov in izboljšanju splošnega klientovega blagostanja.

Na voljo je tudi vedno več raziskav učinkovitosti integrativnih psihoterapevtskih smeri in z dokazi podprte psihološke prakse. Ena izmed težav pri pregledovanju takšne literature in rezultatov raziskav je izredna pestrost integrativnih psihoterapevtskih oblik. Pristope, ki temeljijo na empiričnih dokazih o učinkovitosti, bomo nanizali glede na glavne oblike psihoterapevtske integracije. Navedli bomo nekatere novejše raziskave.

Na področju *asimilativne integracije* sta močno z dokazi podprti *na čuječnosti temelječa kognitivna terapija* (Ghadampour idr., 2017; Lilja idr., 2016; Panahi in Faramarzi, 2016; Solati, 2017; Solati idr., 2017; Tovote idr., 2017) in

funkcionalno-analitična psihoterapija (Lizarazo idr., 2015; Villas-Bôas idr., 2016). Enega izmed možnih načinov integracije predstavlja tudi *zaporedna in sočasno-vzporedna integracija* pristopov (npr. kognitivno-vedenjska in nato medosebna), ki se jih izvaja v zaporedju znotraj posamezne terapevtske faze ali celo znotraj iste terapevtske ure (Goldfried idr., 2010). Gre za empirično raziskovanje, katere intervencije so učinkovitejše (Shapiro idr., 1992).

Na področju *teoretske integracije* obstajajo novejši empirični dokazi za *terapijo sprejemanja in predanosti* (George in De Guzman, 2015; Livheim idr., 2015; Moghanloo idr., 2015; Nourian in Aghaei, 2015; Walser idr., 2015), *kognitivno-analitično terapijo* (Calvert idr., 2015; Kellett idr., 2017; Sacks idr., 2016), *dialektično-vedenjsko terapijo* (Cook in Gorraiz, 2016; McCredie idr., 2017; Panepinto idr., 2015; Zamani idr., 2015), *multisistemsko terapijo* (Boxer idr., 2017; Henggeler in Schaeffer, 2016), *kognitivno-vedenjski sistem analitične psihoterapije* (McCullough, 2003; Michalak idr., 2015; Schramm idr., 2016) in *v čustva usmerjeno terapijo (parov)* (Lee idr., 2017; Motaharinasab idr., 2016; Naghdi idr., 2017; Najafi idr., 2015; Soleimani idr., 2015; Wiebe in Johnson, 2016).

Raziskovanje učinkovitosti psihoterapije se preusmerja k iskanju učinkovite, z dokazi podprte in konsistentne zbirke procesov spremembe, in opušča dokazovanje večje učinkovitosti posameznih psihoterapevtskih vrst. Psihoterapevtski proces postaja vedno bolj naravnana na blagostanje in zdravje klienta kot celote in ne le na odstranjevanje simptomatike. Prihaja do prehoda od empirično podprtih terapij k procesno zasnovanim oblikam terapije, ki integrirajo različne psihosocialne in kontekstualno-biološke procese. Psihoterapevtska praksa in njeno raziskovanje se preusmerjata k *s procesi podprtim terapijam* (angl. *process-based therapy*; PBT), za katere je značilno, da so postopki, procesi in njihova povezanost podprti z dokazi raziskav (Hayes in Hofmann, 2017). Sodobna psihoterapevtska praksa se izrazito usmerja na posameznega klienta in sočasno integrira procese, ki so točno določenemu klientu v korist.

Raziskava integrativne psihoterapije v Sloveniji

Karmen Urška Modic (2019) je v svoji doktorski nalogi raziskala učinkovitost in spremembe v procesu integrativne relacijske psihoterapije, ki so jo razvili Richard Erskine in sodelavci (Erskine, 2015; Erskine idr., 1999; Erskine in Trautmann, 1997a; Moursund in Erskine, 2004). Učinkovitost integrativne relacijske psihoterapije je proučevala s pomočjo kvantitativne raziskave, ki temelji na statističnih analizah. Spodbujajoče terapevtske dejavnike in spremembe pa je ugotavljala s pomočjo kvalitativne raziskave, ki temelji na paradigmi raziskovanja pomembnih dogodkov ter spodbujajočih dejavnikov v psihoterapiji z vidika klientovega doživljanja (Elliott idr., 2001; Elliott, 2012).

Učinkovitost integrativne relacijske psihoterapije

V kvantitativni raziskavi Modic (2019) je sodelovalo 89 udeležencev, od tega jih je bilo 29 vključenih v eksperimentalno skupino (ES), 29 v prvo kontrolno skupino (KS1) in 31 v drugo kontrolno skupino (KS2). V raziskavi je avtorica uporabila tri vprašalnike: vprašalnik evalvacije terapevtske obravnave – vprašalnik izida (angl. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*, CORE-OM) (Evans idr., 2002), lestvico čustvenega procesiranja (angl. *Emotional Processing Scale*, EPS) (Reid in Harper, 2007) in Agnewovo lestvico odnosov (obliko za terapevta in obliko za klienta) (angl. *Agnew Relationship Measure*, ARM) (Agnew-Davies idr., 1998). V ES so bili vključeni udeleženci, ki so pričeli z obiskovanjem integrativne psihoterapije in so vse tri vprašalnike izpolnjevali trikrat: ob prvem terapevtskem srečanju, po šestih terapevtskih srečanjih in po dvanajstih terapevtskih srečanjih. Agnewovo lestvico odnosov (oblika za terapevta) so v enakem časovnem obdobju izpolnjevali tudi terapevti. Udeleženci KS1 in KS2 so izpolnjevali dva vprašalnika: vprašalnik evalvacije terapevtske obravnave in lestvico čustvenega procesiranja. V KS1 so bili vključeni udeleženci, ki so pričeli z obiskovanjem skupine za samopomoč in so vprašalnika izpolnjevali ob vključitvi v samopomočno skupino in po dvanajstih terapevtskih srečanjih. V KS2 so bili vključeni udeleženci, ki niso bili deležni nobene terapevtske obravnave in so predstavljali »neklinično populacijo«. Vprašalnika so izpolnjevali v časovnem obdobju treh mesecev.

Rezultati raziskave (Modic, 2019) kažejo, da je integrativna psihoterapija v dolžini dvanajstih terapevtskih srečanj učinkovita na področju posameznikovega subjektivnega blagostanja in vsakodnevnega funkcioniranja. Prav tako pripomore k zmanjšanju simptomov in tvegane vedenja. Izboljšanje je bilo statistično pomembno večje od izboljšanja stanja udeležencev samopomočnih skupin. Statistično pomembno izboljšanje na vprašalniku izida terapevtske obravnave so po dvanajstih terapevtskih srečanjih dosegle tri četrtine klientov, klinično pomembno izboljšanje pa dobra polovica klientov.

Integrativna psihoterapija je učinkovita tudi na področju čustvenega procesiranja, in sicer na področju čustvene stabilnosti, prepoznavne in razumevanja čustev ter odprtosti izražanja čustev. Do največjega izboljšanja je prišlo na področju čustvene stabilnosti, sledita izboljšanje prepoznavne in razumevanja čustev ter odprtost izražanja čustev. Izboljšanje na omenjenih področjih je bilo statistično pomembno večje kot pri udeležencih samopomočnih skupin. Po dvanajstih terapevtskih srečanjih sta statistično pomembno izboljšanje v sposobnosti čustvenega procesiranja dosegli približno dve tretjini klientov, klinično pomembno izboljšanje pa je dosegla skoraj polovica klientov.

S spremembami v stopnji prepoznave, razumevanja, odprtosti izražanja in stabilnosti čustev znotraj trimesečnega procesa integrativne psihoterapije lahko napovedujemo spremembe v izidu, predvsem v vsakodnevnem funkcioniranju in izraženosti simptomatike. Udeleženci, pri katerih je prišlo do večjega izboljšanja v čustvenem procesiranju, so kazali ugodnejši psihoterapevtski izid. Avtorica je ugotovila, da izboljšanje v klientovi simptomatiki najbolje napoveduje sprememba v čustveni stabilnosti, izboljšanje v klientovem vsakodnevnem funkcioniranju pa najbolje napoveduje sprememba v zmožnosti prepoznave in razumevanja svojega doživljanja, do katerega pride v trimesečnem procesu terapije.

Avtorica je tudi ugotovila, da lahko na podlagi klientove ocene terapevtskega delovnega odnosa napovemo izboljšanje v sposobnosti čustvenega procesiranja, pri čemer je bolj kot temeljna vez pomembna klientova odprtost v odnosu. Pri klientih, ki so v odnosu s terapevtom bolj odprti, prihaja do večjega izboljšanja sposobnosti prepoznavanja in razumevanja svojih čustev in do večjega izboljšanja glede čustvene stabilnosti. Za izboljšanje sposobnosti prepoznave in razumevanja svojih čustev pa je pomembna tudi kakovost temeljne vezi (čustvena vez, partnerstvo in zaupanje) med terapevtom in klientom.

Klienti (tako na začetku kot tudi po dvanajstem terapevtskem srečanju) ocenjujejo terapevtski delovni odnos kot bistveno kakovostnejšega kot njihovi terapevti. Njune povprečne velikosti ocen se skozi proces terapije pomembno spremenijo v smeri višje ocene kakovosti terapevtskega delovnega odnosa. Čeprav se oceni v povprečju po dvanajstem srečanju še vedno pomembno razlikujeta, pa se razlika med klientovo in terapevtovo oceno zmanjša in oceni postaneta skladnejši.

Spodbujajoči terapevtski dejavniki in spremembe v integrativni psihoterapiji

V kvalitativni raziskavi je sodelovalo šestnajst intervjuvancev, ki so vsaj eno leto obiskovali integrativno psihoterapijo (Modic, 2019). Avtorica je izvedla intervju klientove spremembe (angl. *The Client Change Interview*, CI) (Elliott idr., 2001), ki ga je priredila za namen raziskovanja spodbujajočih terapevtskih dejavnikov in sprememb z vidika klientovega doživljanja. Intervjuje je analizirala v skladu z metodo utemeljene teorije (Corbin in Strauss, 2008; Glaser in Strauss, 2008) in izdelala *model klientovega doživljanja spodbujajočih terapevtskih dejavnikov in sprememb v integrativni psihoterapiji* (Slika 5).

Slika 5

Model klientovega doživljanja spodbujajočih terapevtskih dejavnikov in sprememb v integrativni relacijski psihoterapiji

KLIENTOVI DEJAVNIKI

- Pripravljenost za spremembe
- Sposobnosti
- Zunanji dejavniki

TERAPEVTOVI DEJAVNIKI

- Kompetentnost in strokovnost
- Terapevt kot oseba

TERAPEVTSKI PROCESI

- Čustveno procesiranje
- Dvojno zavedanje
- Stik z bolečimi vsebinami
- Sprejemanje in sočutje do sebe
- Uvid in razumevanje sebe
- Prevzemanje odgovornosti za učinkovito aktivnost
- Udejanjanje izven terapije

TERAPEVTSKI ODNOS

- Empatična uglašenost
- Sprejemanje
- Varnost in zaupanje
- Povezanost
- Nova odnosna izkušnja

TERAPEVTSKE TEHNIKE

- Terapevtsko povpraševanje
- Ustvarjanje pomena
- Delo z deli sebe
- Delo z nedokočanimi posli
- Uporaba kreativnih medijev
- Čuječnost in tehnike sprostitve
- Tehnike procesiranja

SPREMEMBE

- Učinkovitejše procesiranje čustev
- Izboljšana mentalizacija
- Sprejemanje in sočutje do sebe
- Pomirjenost in boljše počutje
- Boljša samopodoba
- Spreminjanje identitete
- Kakovostnejši medosebni odnosi
- Večja asertivnost in diferenciacija med saboj in drugimi
- Učinkovitejše vsakodnevno delovanje

NOTRANJEPSIHIČNO

MEDOSEBNO

VEDENJSKO

Opomba. „Učinkovitost in spremembe v procesu integrativne psihoterapije [Doktorska disertacija]“ (str. 285), K. U. Modic, 2019, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Model klientovega doživljanja spodbujajočih terapevtskih dejavnikov in sprememb v integrativni relacijski psihoterapiji (Slika 5) nudi vpogled v terapevtski proces in spodbujajoče dejavnike procesa integrativne psihoterapije (Modic, 2019). Model vključuje 5 glavnih dejavnikov, ki so jih klienti doživljali kot spodbujajoče: 1) terapevtski odnos, 2) klientovi dejavniki, 3) terapevtovi dejavniki, 4) terapevtske tehnike in 5) terapevtski procesi. V središču modela so terapevtski procesi, na katere vplivajo terapevtski odnos, klientovi in terapevtovi dejavniki in terapevtske tehnike. Součinkovanje glavnih dejavnikov vodi do sprememb v procesu integrativne psihoterapije, ki se izražajo na notranjepsihični, medosebni in vedenjski ravni.

Terapevtski odnos

Model klientovega doživljanja spodbujajočih terapevtskih dejavnikov in sprememb v integrativni psihoterapiji (Modic, 2019) predstavlja integrativno psihoterapijo kot proces, ki poteka primarno v medosebnem odnosu terapevta in klienta. Terapevtova empatična uglašenos in sprejemanje, ujemanje med klientom in terapevtom, klientova izkušnja varnosti in zaupanja v terapevtskem odnosu, klientovi občutki povezanosti in nova odnosna izkušnja so se izkazali kot spodbujajoči vidiki terapevtskega odnosa, ki predstavljajo zdravilne vidike integrativne psihoterapije. Integrativna psihoterapija s pomočjo metod dela oziroma s pomočjo povpraševanja, uglaševanja in udeležnosti postavlja v ospredje zdravilne kvalitete terapevtskega odnosa. Poudarjeni so humanistični vidiki terapevtskega odnosa, o katerih je govoril že Rogers (1961, 2015) in katerih učinkovitost je bila v preteklosti večkrat empirično dokazana (npr. Elliott idr., 2011; Farber in Doolin, 2011; Kolden idr., 2011). Modic (2019) zaključuje, da se je znotraj terapevtskega odnosa nova odnosna izkušnja klienta izkazala kot pomemben vidik učinkovite terapije.

Klientovi dejavniki

Klient prispeva k učinkovitosti terapije predvsem s svojo pripravljenostjo za spremembe (motiviranostjo, odprtostjo in zaupanjem procesu) in s svojimi sposobnostmi (kognitivnim razumevanjem in avtonomnim življenjem). Tudi dejavniki klientovega okolja, ki obsegajo oporo prijateljev in partnerja, pridobivanje veščin zunaj terapije, izzive težke življenjske situacije ter izboljšanje finančne situacije, predstavljajo pomemben vidik, ki vpliva na izid terapije.

Terapevtovi dejavniki

V modelu Modic (2019) so izpostavljene tudi terapevtove kvalitete in terapevtovi dejavniki. Na dogajanje v terapevtskem procesu vplivata tudi terapevt kot oseba ter stopnja njegove kompetentnosti in strokovnosti pri opravljanju storitev. Pri tem si terapevt pomaga z raznolikimi tehnikami, ki prav tako vplivajo na uspešnost terapevtskega procesa.

Terapevtske tehnike

Terapevtske tehnike se lahko nanašajo pretežno na klientovo kognitivno področje delovanja (terapevtsko povpraševanje in ustvarjanje pomena) ali pa pretežno na klientovo fiziološko-čustveno področje (terapevtsko povpraševanje, ki je vezano na čustva, delo z deli sebe, delo z nedokončanimi zadevami, uporaba kreativnih medijev, tehnike procesiranja, čuječnost in tehnike sprostitve). Ker integrativna relacijska psihoterapija (Erskine, 2015; Erskine in Moursund, 2011; Erskine idr., 1999; Erskine in Trautmann, 1997a; Moursund in Erskine, 2004) integrira psihoanalitični, v klienta usmerjeni, vedenjski, gestalt in transakcijskoanalitični pogled na človekovo delovanje, hkrati vključuje tudi več različnih terapevtskih tehnik. Kohezivno oblikovana teorija integrativne psihoterapije pa predstavlja podlago psihoterapevtskemu delu. Nekatere tehnike ali intervencije so bližje kognitivno usmerjenim terapijam (npr. ustvarjanje pomena), druge pa humanističnim pristopom (npr. delo z deli sebe, uporaba kreativnih medijev). Modic (2019) zaključuje, da je specifična predvsem kombinacija uporabljenih terapevtskih tehnik.

Terapevtski procesi

Integrativna psihoterapija, v kateri prihaja do součinkovanja in prepletanja klientovih dejavnikov, terapevtovih dejavnikov, dejavnikov terapevtskega odnosa in dejavnikov terapevtskih tehnik, vodi v terapevtske procese.

Terapevtski procesi, ki jih klienti doživljajo pretežno na fiziološko-čustvenem področju, se nanašajo na njihovo čustveno procesiranje (zavedanje, izražanje, verbalizacijo in sprejemanje čustev), dvojno zavedanje, kontakt z bolečimi vsebinami, sprejemanje in sočutje do sebe. Proces, ki ga klienti doživljajo pretežno kognitivno, se nanaša na njihov uvid in razumevanje sebe. Terapevtski procesi, ki jih klienti v večji meri doživljajo na področju svojega vedenja, pa vključujejo klientovo prevzemanje odgovornosti za učinkovito aktivnost in udejanjanje izven terapije.

Na podlagi terapevtskih procesov modela Modic (2019) izpostavi, da je v integrativni psihoterapiji precej poudarjeno delo s fiziološko-čustveno človekovo komponento, saj so se procesiranje čustev, dvojno zavedanje, kontakt z bolečimi vsebinami in sprejemanje ter sočutje do sebe izkazali kot poglobitvi terapevtski procesi. To se sklada s smernicami dela integrativne psihoterapije, ki se primarno usmerja v integracijo dimenzij klientovega delovanja, med katerimi sta tudi afektivno-čustvena in fiziološka dimenzija. Model jaza v odnosu (Erskine in Trautmann, 1997b) izpostavlja še kognitivno in vedenjsko dimenzijo, ki sta se znotraj modela Modic (2019) prav tako izkazali kot pomembni. Gre za proces uvida in razumevanja sebe, ki predstavlja kognitivni vidik ter procesa prevzemanje odgovornosti za učinkovito aktivnost ter udejanjanje izven terapije, ki predstavljata vedenjski vidik človekovega delovanja.

Če pogledamo spodbujajoče dejavnike modela, vidimo, da gre za delovne faktorje, ki jih omenjajo tudi avtorji raziskav učinkovitosti terapije (Duncan idr., 2014; Lambert in Barley, 2001; Norcross, 2014; Wampold in Imel, 2015). Raziskave učinkovitosti (Laska idr., 2014; Norcross in Lambert, 2011; Wampold, 2015) potrjujejo, da predstavljajo klientovi in terapevtovi dejavniki ter dejavniki terapevtskega odnosa skupne faktorje, ki si jih terapevtske modalitete delijo in ki v večji meri prispevajo k učinkovitosti terapije. Tudi spodbujajoči terapevtski procesi predstavljajo delovanje skupnih faktorjev, o katerih poročajo tudi drugi modeli skupnih faktorjev (npr. kontekstualni model, na kontekst odzivna psihoterapevtska integracija) in transteoretski psihoterapevtski modeli (npr. terapija sprejemanja in predanosti), katerih učinkovitost je bila empirično dokazana (Constantino idr., 2011; Hayes idr., 2006; Wampold, 2015). Delovanje skupnih faktorjev botruje dejstvu, da ni bistvenih razlik v učinkovitosti različnih psihoterapevtskih smeri (Wampold idr., 1997; Wampold, 2015). Pomemben dejavnik terapije predstavljajo tudi specifične terapevtske tehnike, saj pripomorejo k oblikovanju strukturiranega terapevtskega procesa in k povečevanju klientovih pričakovanj, da bo terapija učinkovita. Izvedene intervencije delujejo veliko učinkoviteje, če so podane v empatičnem terapevtskem odnosu (Wampold in Imel, 2015). Na podlagi ugotovitev raziskave menimo, da je pomembno, da je terapevt kompetenten in ima znanje, katere terapevtske tehnike uporabiti v terapevtskem procesu in odnosu s klientom z določeno stopnjo motiviranosti, odprtosti in zaupanja procesu. Prav tako je pomembno, da je terapevt čustveno uglašen na klienta in na klientov proces ter da klienta razume in ga sprejema.

Kategorije modela spodbujajočih terapevtskih dejavnikov v integrativni psihoterapiji s klientove perspektive so primerljive s kategorijami, ki po navedbah Lamberta in Barleyja (2001) prispevajo k učinkovitemu psihoterapevtskemu izidu. Avtorja navajata, da *zunajterapevtski dejavniki oziroma dejavniki klientovega okolja* pojasnijo kar 40 % variabilnosti izida psihoterapije. Gre za naključne, pozitivne dogodke v klientovem življenju, vire klientovega socialnega okolja in podobno. Omenjeno kategorijo lahko znotraj našega modela primerjamo s kategorijo zunanjih dejavnikov znotraj koncepta klientovih dejavnikov in vključuje oporo prijateljev in partnerja, pridobivanje veččin zunaj terapije, izzive v klientovem življenju in izboljšanje finančne situacije. Pod koncept klientovih dejavnikov spada tudi klientova pripravljenost za spremembe, ki vključuje motiviranost, odprtost in zaupanje procesu in jo lahko primerjamo s kategorijo *klientovih pričakovanj oziroma učinkom placebo* (Lambert in Barley, 2001) in ki po navedbah avtorjev pojasnjuje 15 % variabilnosti v izidu. Kategorija *skupnih dejavnikov* (Lambert in Barley, 2001), ki pojasni 30 % variabilnosti izida, vključuje dejavnike, ki so skupni različnim psihoterapevtskim pristopom. Avtorja navajata, da pomemben vidik skupnih dejavnikov predstavljajo *terapevtovi odnosni dejavniki*: terapevtova empatija, toplina, sprejemanje in terapevtova kongruentnost oziroma skladnost ter *dejavniki terapevtskega delovnega odnosa*, ki vključujejo tudi klientov doprinos k odnosu. Kategorija skupnih dejavnikov se v našem modelu nanaša na koncept terapevtskega odnosa, ki vključuje terapevtovo empatično uglašenost, terapevtovo sprejemanje, ujemanje med terapevtom in klientom, klientov občutek varnosti, zaupanja, povezanosti in novo odnosno izkušnjo. Razlike v uspehu terapije so po navedbah nekaterih avtorjev odvisne tudi od učinkovitosti posameznega terapevta (Baldwin in Imel, 2013; Wampold in Brown, 2005). Terapevtovi dejavniki se v našem modelu nanašajo na terapevtovo kompetentnost in strokovnost ter terapevta kot osebo. Kategorija *psihoterapevtskih tehnik* (Lambert in Barley, 2001), ki pojasnjuje 15 % variabilnosti v izidu in so po navedbah avtorjev specifične za posamezne psihoterapevtske pristope, so v okviru naših rezultatov zajete v konceptu terapevtskih tehnik.

Spremembe v enoletnem procesu integrativne psihoterapije

Temeljne kategorije klientove izkušnje sprememb integrativne psihoterapije (Slika 5) se nanašajo na tri glavna področja:

- notranjepsihično področje: učinkovitejše procesiranje čustev, izboljšana mentalizacija, sprejemanje in sočutje do sebe, pomirjenost in boljše počutje, boljša samopodoba, spreminjanje identitete;

- medosebno področje: kakovostnejši medosebni odnosi, večja asertivnost in diferenciacija med seboj in drugimi;
- vedenjsko področje: učinkovitejše vsakodnevno delovanje.

Med spremembami, ki jih klienti doživljajo notranjepsihično, medosebno in vedenjsko, prihaja do prepletanja in medsebojnega vzajemnega vpliva (Modic, 2019).

Notranjepsihične spremembe

Spremembe, ki jih klienti po vsaj enoletnem procesu integrativne psihoterapije doživljajo notranjepsihično, se kažejo v njihovem učinkovitejšem procesiranju čustev (samoregulaciji, zavedanju, sprejemanju, izražanju in verbalizaciji čustev), izboljšani mentalizaciji (boljšem razumevanju sebe in medosebnih odnosov), sprejemanju in sočutju do sebe, pomirjenosti in boljšem počutju, boljši samopodobi ter spreminjanju identitete.

Kategorija *učinkovitejšega procesiranja čustev* se nanaša na klientovo boljšo samoregulacijo čustev, boljše zavedanje, sprejemanje, izražanje in verbalizacijo čustev. Klienti poročajo, da po vsaj enoletnem terapevtskem procesu veliko bolje upravljajo ali regulirajo svoja čustvena stanja. Poročajo o manj impulzivnem in bolj nadzorovanem odzivanju in vedenju. Klienti se svojega čustvovanja bolj zavedajo, o njem razmišljajo in lažje prepoznavajo kompleksnejša čustvena stanja. Zavedanju je pridruženo tudi sprejemanje svojih čustvenih stanj. Klienti prepoznavajo svoja čustva v večji meri in jih hkrati tudi izražajo na sprejemljivejši način.

O podobnih ugotovitvah glede izboljšane čustvenega doživljanja poroča tudi obsežna kvalitativna metaanaliza kvalitativnih raziskav humanistično-izkustvenih terapij, ki je zajela 106 kvalitativnih klientovih opisov izida psihoterapevtskega procesa (Timulak in Creaner, 2010). Klienti so poročali o večji čustveni stabilnosti in čustvenem blagostanju, večjem sprejemanju svojega čustvovanja ter izboljšanju čustvenega izražanja in upravljanja s čustvi.

Izboljšano čustveno doživljanje, večja psihološka prožnost in povečano zavedanje sebe se ujemajo s teorijo, na kateri slonijo humanistično-izkustvene terapije (Greenberg, 2010).

Iz kategorije *izboljšane mentalizacije* je razvidno, da so klienti izboljšali zmožnost razumevanja sebe in drugih. V večji meri in bolj jasno se zavedajo svojih vzorcev čustvovanja, mišljenja in dogajanja znotraj sebe, kar jim omogoča boljše upravljanje s seboj. Spremenili so pogled na medosebne odnose. Bolje

razumejo vedenje drugih, prepoznavajo različne vloge in sprejemajo medsebojne razlike. Bolje se zavedajo tudi svojih pričakovanj do drugih.

O spremenjenem pogledu nase in na druge poroča tudi metaanaliza kvalitativnih klientovih opisov terapevtskega izida (Timulak in Creaner, 2010). Klienti so pridobili boljši vpogled vase: bolj se zavedajo sebe in se tudi razumejo. Spremenili so pogled na druge, se začeli zanje bolj zanimati, spremenili so svoja stališča in odnos do drugih. Lahko se postavijo v njihovo perspektivo, iz katere izhajajo, in sprejemajo tudi njihove napake. Rezultati ene izmed metaanaliz (Timulak, 2007, 2010) kažejo, da so klienti pridobili nov pogled nase in na druge ter pričeli bolj razumevati sebe in druge, kar se sklada z našimi rezultati.

Ker se mentalizacija (Fonagy idr., 2011) prekriva s koncepti zavedanja čustvovanja, empatije in čuječnosti (Pažek idr., 2016), lahko sklepamo, da se s povečevanjem kapacitete za posamezni proces poveča tudi kapaciteta za ostale tri. Tudi naši udeleženci poročajo tako o izboljšani mentalizaciji kot o boljšem zavedanju čustvovanja in tudi večjem sočutju do drugih.

Klienti poročajo o različnih vidikih *sočutja do sebe in sprejemanja sebe*. Klienti sprejemajo svojo ranljivost in so do sebe sočutni ter v tem kontekstu bolje poskrbijo za svoje potrebe. S seboj so bolj zadovoljni in se v večji meri sprejemajo.

O povečanem sočutju do sebe, o večji skrbi zase in za svoje potrebe poroča tudi kvalitativna metaanaliza klientovega doživljanja sprememb (Timulak in Creaner, 2010). Sočutje do sebe se povezuje s konceptom sprejemanja sebe, ki ga je izpostavil že Rogers (1961).

Udeleženci poročajo, da sprejemajo svojo ranljivost, saj jim omogoča boljši kontakt s svojimi potrebami in zadovoljevanje teh potreb. Predpostavljamo, da je ranljivost tista, ki dopušča bolečino, vendar pa pomeni tudi kontakt s klientovimi potrebami. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v metaanalizi (Timulak in Creaner, 2010), ki poroča, da klienti cenijo povečano ranljivost ali pravi avtentični jaz, ki ni nujno brez bolečin.

Klienti se po vsaj enoletnem procesu integrativne psihoterapije *počutijo boljše in so bolj pomirjeni*, o čemer poroča tudi metaanaliza kvalitativnih raziskav (Timulak in Creaner, 2010). Rezultati kažejo, da pri klientih prihaja do izboljšanja in zmanjšanja njihove simptomatike in da klienti občutijo olajšanje. O olajšanju in manjši zaskrbljenosti poročajo tudi metaanalize raziskovanja pomembnih dogodkov (Timulak, 2007, 2010), ki predstavljajo povzetek klientove izkušnje spodbujajočih dogodkov v terapiji.

Prihaja tudi do sprememb v klientovi *identiteti*. V povezavi s tem klienti poročajo, da se občasno počutijo neudobno in da je proces spreminjanja identitete naporen in boleč, vendar na koncu ponudi zadovoljstvo. O spreminjanju identitete poročajo tudi klienti raziskave, ki kaže, da so ob terapevtskih intervencijah svoje doživljanje simbolizirali in ustvarjali pomen izkušnje, jo reflektirali in prišli do novih spoznanj, na podlagi katerih so se spraševali o lastni identiteti (Watson in Rennie, 1994). Ena izmed udeleženk naše raziskave navaja, da je spraševanju o lastni identiteti pridružen občutek, da se ji tresejo temelji in da stoji na tankem ledu, s čimer je povezan občutek nazadovanja v terapiji. To lahko povežemo s konceptom kontrastne pozicije, ki se nanaša na doživljanje kontrasta med starimi izkušnjami in doživljanjem novega v kontekstu terapevtskega procesa (Erskine idr., 1998; Ecker idr., 2012). Klienti lahko pridejo v stik z bolečimi spomini in občutki, ki so se jih do tedaj izogibali, obenem pa ta proces pomeni temelj globinske spremembe disfunkcionalnih shem in življenjskega scenarija. Iz izjav klientov razberemo, da je spreminjanje identitete neudobno in boleče, spreminjajo se tudi klientovi interesi in zanimanja.

Udeleženci poročajo o *izboljšani samopodobi* in *višji samozavesti*. Zaradi napredka in osebnostne rasti, ki ju pri sebi opažajo, so bolj ponosni nase. Rezultati znotraj metaanalize (Timulak in Creaner, 2010) povezujejo sočutje do sebe s povečano samozavestjo in boljšo samopodobo ter večjo skrbjo za zase in svoje potrebe, kar se ujema z rezultati naše raziskave.

Spremembe na medosebnem področju

Spremembe, ki jih doživljajo medosebno, se kažejo v kakovostnejših medosebnih odnosih (izboljšanih družinskih odnosih, odprtosti in intimnosti v odnosih ter sprejemanju in sočutju do drugih) ter večji asertivnosti in diferenciaciji med seboj in drugimi. Udeleženci opisujejo izboljšanje družinskih odnosov, v odnosih so bolj odprti in intimni. Z drugimi so pripravljene preživeti več časa. Prek terapevtskega procesa so postali do drugih bolj sočutni in jih v večji meri sprejemajo. Tudi metaanaliza (Timulak in Creaner, 2010) ugotavlja izboljšane odnose in izboljšano delovanje v odnosih, večjo odprtost in strpnost do drugih.

Večja asertivnost in diferenciacija med seboj in drugimi pomeni, da so udeleženci spoznali, kaj pomenijo meje, in da jih tudi uspešno asertivno postavljajo in uveljavljajo. Asertivno postavljanje meja jim omogoča tudi boljše zadovoljevanje svojih potreb, prav tako pa se nanaša tudi na diferenciacijo med seboj in drugimi. Tudi rezultati metaanalize kažejo na povečano

asertivnost v odnosih in manjšo odvisnost od odnosov. Klienti se v večji meri postavijo zase in prevzamejo tudi iniciativo, če situacija to zahteva (Timulak in Creaner, 2010).

Spremembe na vedenjskem področju

Klienti poročajo o *učinkovitejšem vsakodnevnem delovanju*, učinkovitejšem spoprijemanju s stresnimi situacijami in zmožnosti dokončanja zastavljenih projektov in ciljev. Tudi rezultati metaanalize (Timulak in Creaner, 2010) kažejo, da se klienti po terapevtskem procesu počutijo bolj opolnomočene: bolj zaupajo vase, pri soočanju s problemi jih gre veliko bolje, tudi več se udelejujejo, lažje sprejemajo svoje odločitve in imajo večji nadzor nad svojim življenjem. Poročajo tudi o izboljšanju življenjskih razmer.

Prispevek raziskave k znanosti psihoterapevtske integracije

Kvantitativna in kvalitativna raziskava Modic (2019) prinašata pomembna in izvirna spoznanja na polje aplikativne psihološke znanosti s področja psihoterapije. Rezultati obeh raziskav predstavljajo uporabna spoznanja za izboljšanje vsakodnevne psihoterapevtske prakse in učinkovitejše izobraževanje bodočih psihoterapevtov. Prav tako so ugotovitve pomembne za integrativno psihoterapijo in gibanje integracije psihoterapevtskih usmeritev.

Raziskava avtorice Modic (2019) predstavlja prvo raziskavo učinkovitosti in procesov v integrativni psihoterapiji v Sloveniji, kjer raziskav psihoterapije primanjkuje. Raziskava prinaša pomembna spoznanja o učinkovitosti psihoterapije, ki se v Sloveniji izvaja v zasebni praksi in naravnih pogojih. Čeprav so posamezni pristopi integrativne psihoterapije že dobro uveljavljeni in obstajajo tudi raziskave o učinkovitosti različnih oblik integracije psihoterapije, primanjkuje raziskav specifičnih pristopov psihoterapevtske integracije. S tega vidika je raziskava pomembna tudi v mednarodnem smislu, saj prinaša pomembna spoznanja o učinkovitosti integrativne psihoterapije ter hkrati tudi o doživljanju procesa in sprememb integrativne psihoterapije z vidika klientovega doživljanja. V raziskavi Modic (2019) podaja vpogled v kompleksnost terapevtske situacije, ki jo oblikujejo klientovi in terapevtovi dejavniki, njun odnos, tehnike psihoterapevtskega dela in terapevtski procesi, kar v interakciji vodi do sprememb pri klientu. Raziskava prispeva k spoznanjem s širšega področja psihoterapevtske integracije, saj prinaša vpogled in razumevanje temeljnih dejavnikov psihoterapije, kot jih doživljajo klienti.

8 Zaključek

V knjigi podajamo pregled nad področjem raziskovanja psihoterapije in psihoterapevtske integracije. Upamo, da bo knjiga prispevala k razvoju raziskovanja psihoterapije v Sloveniji in k vse večjemu povezovanju in integraciji različnih psihoterapevtskih pristopov. Obenem se zavedamo, da smo se v knjigi samo dotaknili nekaterih področij. Obravnavana tema je kompleksna, saj sta raziskovanje in integracija psihoterapije procesa, ki se nikoli ne zaključita. Vsakodnevno prihajajo nova spoznanja s področja raziskav psihoterapije, ki prispevajo k zakladnici znanja o psihoterapiji in k integraciji psihoterapevtskih pristopov.

Povzetek

Monografija *Raziskovanje v psihoterapiji in integracija psihoterapevtskih pristopov* podaja področni pregled raziskovanja in integracije v psihoterapiji. Avtorja v monografiji obravnavata metode psihoterapevtskega raziskovanja, raziskave učinkovitosti in izidov psihoterapije ter raziskave procesov psihoterapije. Pri tem se še posebej usmerjata na področje skupnih faktorjev psihoterapije, ki predstavlja osnovo za integracijo psihoterapevtskih pristopov. Osredotočata se na pomemben premik v paradigmi raziskovanja psihoterapije, ki se namesto raziskovanja učinkovitosti posameznih smeri psihoterapije usmerja na raziskovanje principov in procesov, ki so v ozadju različnih psihoterapevtskih pristopov. Premik v paradigmi raziskovanja k procesom spremembe je skladen tudi z vse bolj vplivnim gibanjem psihoterapevtske integracije, ki se ukvarja z odprtim raziskovanjem podobnosti in razlik med različnimi psihoterapevtskimi pristopi.

V monografiji je podan pregled gibanja psihoterapevtske integracije od njenih začetkov do sodobnih pristopov. Avtorja predstavita temeljne sodobne integrativne pristope, ki skušajo na različne načine integrirati spoznanja različnih psihoterapevtskih smeri. V zadnjem poglavju se usmerita na raziskave psihoterapevtske integracije in predstavita slovensko raziskavo integrativne psihoterapije, ki jo je izvedla Karmen Urška Modic. Monografija v Sloveniji predstavlja pomembno novost, saj na celosten način obravnava raziskovanje in integracijo v psihoterapiji, pomembna pa je tudi mednarodno, saj avtorja predstavita rezultate lastnih raziskav integrativne psihoterapije.

Summary

The monograph *Research in Psychotherapy and Integration of Psychotherapy Approaches* brings a review of the field of research in psychotherapy and psychotherapy integration. It is focused on research methods in psychotherapy, outcome studies, and process research. The authors focus in particular on the common factors in psychotherapy, which are the basis for psychotherapy integration. They describe an important paradigm shift in the psychotherapy research, which, instead of focusing on the effectiveness of particular psychotherapy approaches, concentrates on the principles and processes of change that underly different psychotherapy schools. This paradigm shift toward the processes of change is congruent with the increasingly influential movement of psychotherapy integration, which is interested in exploring commonalities and differences between different psychotherapy schools.

The book explores the field of psychotherapy integration from its historical roots to its contemporary concepts, identifying the key current integrative approaches that aim to integrate insights from different psychotherapy schools in various ways. The final chapter discusses research in psychotherapy integration and outlines the research on integrative psychotherapy conducted by Karmen Urška Modic. The monograph brings important new insights into the Slovenian field of psychotherapy as it comprehensively discusses research and integration in psychotherapy, while also being important internationally as the authors present their research findings related to integrative psychotherapy.

Literatura

- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M. in Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155–172.
- Ahn, H. in Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257.
- Alden, L., Wiggins, J. in Pincus, A. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521–536.
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Anderson, T., Crowley, M. E., Himawan, L., Holmberg, J.K. in Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. doi: 10.1080/10503307.2015.1049671
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. in Vermeersch, D. A. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D. in Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750–765.

- Arnkoff, D., Glass, C., Elkin, I., Levy, J. in Gershefski, J. (1996). Quantitative and Qualitative Research can Complement Each Other: Reply to Rennie. *Psychotherapy Research*, 6(4), 269–276.
- Auszra, L., Greenberg, L. S. in Herrmann, I. R. (2013). Client emotional productivity-optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732–746.
- Baldwin, S. A. in Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd., str. 258–296). Wiley.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R. in Onken, L. Y. G. R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9(1), 54–73.
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S. in Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (6. izd., str. 443–495). John Wiley & Sons.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869–878.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Juni, P. in Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(5).
- Beck, A. T., Steer, R. A. in Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory - Second Edition: Manual*. The Psychological Corporation.
- Bell, E. C., Marcus, D. K. in Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. Grove Press.
- Berne, E. (1967). *The games people play. The psychology of human relationship*. Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* Grove Press.

- Beutler, L. E., Consoli, A. J. in Lane, G. (2005). Systematic Treatment Selection and Prescriptive Psychotherapy. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 121–145). Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, M. T., Kimpara, S., Verdirame, D. in Blau, K. (2011). Coping Style. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 366–353). Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, M. T., Michelson, A., Song, X. in Holman, J. (2011). Reactance/Resistance Level. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 261–278). Oxford University Press.
- Bisson, J. in Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Blackledge, J. I. in Hayes, S. C. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243–255.
- Bohart, A. C. in Greaves Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd., str. 219–256). Wiley.
- Bohart, A. C. in Greenberg, L. (ur.). (1997). *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*. APA.
- Bohart, A. C. in Tallman, K. (2014). Clients: The Neglected Common Factor in Psychotherapy. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The Heart in Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2. izd., str. 83–112). APA.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. V A. O. Horvath in L. S. Greenberg (ur.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (str. 13–37). Wiley.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., María Gómez, A., Herro, O., Ribas, E. in Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5), 535–542.
- Boxer, P., Docherty, M., Ostermann, M., Kubik, J. in Veysey, B. (2017). Effectiveness of Multisystemic Therapy for gang-involved youth

- offenders: One year follow-up analysis of recidivism outcomes. *Children and Youth Services Review*, 73, 107–112.
- Brooks-Harris, J. E. (2007). *Integrative Multitheoretical Psychotherapy*. Cengage Learning.
- Burum, B. A. in Goldfried, M. R. (2007). The Centrality of Emotion to Psychological Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 407–413.
- Calvert, R., Kellett, S. in Hagan, T. (2015). Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391–413.
- Carrier, J. R. in Greenberg, L. S. (2010). Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190–199.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S. in Newcombe, P. A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 55–68.
- Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Holtforth, M. G. in Maramba, G. G. (2005). Cognitive-Behavioral Assimilative Integration. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 241–260). Oxford University Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE.
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L. in Castonguay, L. G. (2013). Context-Responsive Psychotherapy Integration as a Framework for a Unified Clinical Science: Conceptual and Empirical Considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2(1), 1–20.
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M. in Smith, J. Z. (2011). Expectations. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 354–376). Oxford University Press.
- Cook, N. E. in Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81–89.
- Corbin, J. in Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3. izd.). SAGE.

- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. in Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd., str. 298–340). Wiley.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. in Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245–258.
- Cvetko, H. (2011). Integrativna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 537–564). IPSA.
- Dallos, R. in Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counseling*. Open University Press.
- Davidson, P. R. in Parker, K. C. H. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305–316.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. in Gibbons, C. J. (2005). A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174–183.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. in Hubble, M. A. (ur.). (2014). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2. izd.). APA.
- Ecker, B., Tivic, R. in Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain. Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. Taylor & Francis.
- Ecker, B., Tivic, R. in Hulley, L. (2013). A Primer on Memory Reconsolidation and its Psychotherapeutic Use as a Core Process of Profound Change. *The Neuropsychotherapist*, 1, 82–99.
- Ecker, B. in Toomey, B. (2008). Depotentiation of symptom-producing implicit memory in coherence therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(2), 87–150.
- Eells, T. D. (ur.). (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2. izd.). The Guilford Press.

- Eells, T. D. (2013a). In Support of Evidence-Based Case Formulation in Psychotherapy (From the Perspective of a Clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 457–467.
- Eells, T. D. (2013b). The Case Formulation Approach to Psychotherapy Research Revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 426–447.
- Ellard, K. K., Bernstein, E. E., Hearing, C., Baek, J. H., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., Barlow, D. in Deckersbach, T. (2017). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of Affective Disorders*, 219, 209–221.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M. in Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(5), 447–455.
- Elliot, R. (1986). Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg in W. M. Pinsof (ur.), *The psychotherapy process: A research handbook* (str. 503–527). Guilford.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21.
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. V D. Harper in A. R. Thompson (ur.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: An Introduction for Students and Practitioners* (str. 69–81). Wiley-Blackwells.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. in Greenberg, L. S. (2011). Empathy. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 132–152). Oxford University Press.
- Elliott, R., Fischer, C. T. in Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. in Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd., str. 495–537). Wiley.
- Elliott, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S. B., Watson, J. in Castonguay, L. G. (2009). An adjudicated hermeneutic

- single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 543-557.
- Elliot, R. in Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. V Toukmanian, S. G. in Rennie, D. L. (ur.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (str. 163-187). Sage Publications.
- Elliott, R., Slatick, E. in Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. V J. Frommer in D. L. Rennie (ur.), *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology* (str. 69-111). Pabst Science Publishers.
- Erskine, R. G. (1988). Ego structure, intrapsychic function, and defense mechanisms: A commentary on Eric Berne's original theoretical concepts. *Transactional Analysis Journal*, 18(1), 15-19. <https://doi.org/10.1177/036215378801800104>
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177/036215379102100202>
- Erskine, R. G. (1997a). Ego Structure, Intrapsychic Function, and Defensive Mechanisms: A Commentary on Eric Berne's Original Theoretical Concepts. V R. G. Erskine (ur.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis* (str. 109-115). TA Press.
- Erskine, R. G. (1997b). The Therapeutic Relationship: Integrating Motivation and Personality Theories. V R. G. Erskine (ur.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis* (str. 7-19). TA Press.
- Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and Parent ego states: Considerations for psychotherapy. V C. Sills in H. Hargaden (ur.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis: Contemporary Views* (str. 83-108). Worth.
- Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, Authenticity, and Inter-subjective Contact: Philosophical Principles of Integrative Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(2), 1-9. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/78/55>
- Erskine, R. G. (2015). *Relational Patterns, Therapeutic Presence: Concepts and Practice of Integrative Psychotherapy*. Karnac.
- Erskine, R. G. in Moursund, J. P. (2011). *Integrative Psychotherapy in Action*. Karnac.

- Erskine, R. G., Moursund, J. P. in Trautmann, R. L. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G. in Trautmann, R. L. (1997a). Methods of an Integrative Psychotherapy. V R. G. Erskine (ur.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis* (str. 20–36). TA Press.
- Erskine, R. G. in Trautmann, R. L. (1997b). The Process of Integrative Psychotherapy. V R. G. Erskine (ur.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis* (str. 79–96). TA Press.
- Erskine, R. G. in Zalcman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, 51–59.
- Eubanks, C. F., Muran, J. . C. in Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mcgrath, G., Mellor-Clark, J. in Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60.
- Evans, K. in Gilbert, M. (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. Palgrave Macmillan.
- Falkenström, F., Granström, F. in Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, 24(2), 1–14.
- Farber, B. A. in Doolin, E. M. (2011). Positive Regard and Affirmation. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 168–186). Oxford University Press.
- Feixas, G. in Botella, L. (2004). Psychotherapy Integration: Reflections and Contributions from a Constructivist Epistemology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 142, 192–222.
- Field, A. (2014). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. izd.). SAGE.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S. in Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 69–80.
- Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E. in Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

- Fonagy, P., Bateman, A. in Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98–110.
- Fonagy, P. in Clark, D. M. (2015). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England. *BJPsych Bulletin*, 39(5), 248–251.
- Fosha, D. (2001). The Dyadic Regulation of Affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 227–242.
- Fosha, D. (2004). “Nothing that feels bad is ever the last step”: The Role of Positive Emotions in Experiential Work with Difficult Emotional Experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 30–43.
- Fosha, D. (2009). Positive Affects and the Transformation of Suffering into Flourishing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 252–262.
- Frank, J. D. in Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3. izd.). The Johns Hopkins University Press.
- Frelih, T., Čermak Hauko, N., Modic, K.U. in Žvelc, G. (2015). Merske karakteristike vprašalnika za merjenje izida terapije CORE-OM na študentski populaciji. Measurement characteristics of therapy outcome measure CORE-OM in a student population. *Kairos*, 9(3), 65–96.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. in Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104–113.
- Georgaca, E. in Avdi, E. (2012). Discourse analysis. V D. Harper in A. R. Thompson (ur.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: An Introduction for Students and Practitioners* (str. 147–163). Wiley-Blackwell.
- George, B. in De Guzman, R. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy based intervention program (ACTP) on perceived stress and emotion regulation among alcoholics in Kerala, India. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 10–18.
- Ghadampour, E., Radmehr, P. in Yousefvand, L. (2017). Effectiveness of Mindfulness – based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients. *Horizon of Medical Science*, 23(2), 141–148.

- Gilbert, M. in Orlans, V. (2011). *Integrative Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Routledge.
- Glaser, B. G. in Strauss, A. L. (2008). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine Transaction.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M. in Karekla, M. (2020). The Empirical Status of Acceptance and Commitment Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. doi:10.1016/j.jcbs.2020.09.009
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999.
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, 33(7), 862–869.
- Goldfried, M. R., Glass, C. R. in Arnkoff, D. B. (2010). Integrative Approaches to Psychotherapy. V J. C. Norcross, G. R. VandenBos in D. K. Freedheim (ur.), *History of Psychotherapy: Continuity and Change* (2. izd., str. 269–296). APA.
- Goldman, L. (1976). A Revolution in Counseling Research. *Journal of Counseling Psychology*, 23(6), 543–552.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. in Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15(3), 248–260.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(1), 49–59.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4–9.
- Greenberg, L. S. (1992). Task analysis: Identifying components of intrapersonal conflict resolution. V S. G. Toukmanian in D. L. Rennie (ur.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (str. 22–51). Sage Publications.
- Greenberg, L. S. (2004). Introduction: Emotion special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 1–2.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: An Overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(33), 1–12.

- Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the Great Captains of Our Lives: Their Role in the Process of Change in Psychotherapy. *American Psychologist*, 67(8), 697–707.
- Greenberg, L. S., Auszra, L. in Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 17(4), 482–493.
- Greenberg, L. S. in Goldman, R. (2007). Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. V T. Eells (ur.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2. izd., str. 379–410). The Guilford Press.
- Greenberg, L. S. in Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406–416.
- Greenberg, L. S. in Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Greenberg, L. S. in Webster, M. C. (1982). Resolving Decisional Conflict by Gestalt Two-Chair Dialogue: Relating Process to Outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 29(5), 468–477.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J. in Hummel, A. M. (2011). Managing Countertransference. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 239–258). New York: Oxford University Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C. in Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. in Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy : Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. in Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change* (2. izd.). The Guilford Press.
- Henggeler, S. W. in Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therap: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Family Process*, 55(3), 514–528.

- Herrmann, I. R., Greenberg, L. in Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(2), 178–195.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. in Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. in Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Hofmann, S. G. in Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510–513.
- Hofmann, S. G., in Hayes, S. C. (2018). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*. Pridobljeno 20.11.2018, s <http://frapt.eu/wp-content/uploads/2018/03/Hofmann-Hayes-CPS-PREPRINT-in-press.pdf>
- Horowitz, M., Wilner, N.J. in Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the Alliance. V A. O. Horvath in L. S. Greenberg (ur.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (str. 259–285). Wiley.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. in Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. V J. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 25–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O. in Greenberg, L. S. (ur.). (1994). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. Wiley.
- 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., Miller, S. D. in Wampold, B. E. (2014). Introduction. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2. izd., str. 23–45). APA.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. in Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC):

- Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751.
- Iwakabe, S., Rogan, K. in Stalikas, A. (2000). The Relationship Between Client Emotional Expressions, Therapist Interventions, and the Working Alliance: An Exploration of Eight Emotional Expression Events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(4), 375–401.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., in Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- Johns, R. G, Barkham, M., Kellett, S., Saxon, D. A. (2019). Systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. doi: 10.1016/j.cpr.2018.08.004
- Johnsen, T. J. in Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768.
- Jokić-Begić, N., Lauri Korajlija, A., Jurin, T. in Evans, C. (2014). Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika. *Psihologijske Teme*, 23(2), 265–288.
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T. in Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(3), 216–225.
- Kellett, S., Simmonds-Buckley, M. in Totterdell, P. (2017). Testing the Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy for Hypersexuality Disorder: An Intensive Time-Series Evaluation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(6), 501–516.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquin, K. in Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771.
- Kivlighan, D. M. in Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 338–349.

- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., Christoff, K. A., Craighead, L. W., Dougher, M. J., Dowd, E. T., Herbert, J. D., McFarr, L. M., Rizvi, S. L., Sauer, E. M. in Strauman, T. J. (2012). Guidelines for Cognitive Behavioral Training Within Doctoral Psychology Programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687–697.
- Knox, R. (2008). Clients' experiences of relational depth in person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 182–188.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C.-C. in Austin, S. B. (2011). Congruence/Genuineness. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 187–202). Oxford University Press.
- Kramer, U. in Stiles, W. B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277–296.
- Lambert, M. J. in Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357–361.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Yancher, S. C., Vermeersch, D., in Clouse, G. C. (1996). The reliability and validity of a new psychotherapy outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013a). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd.). Wiley.
- Lambert, M. J. (2013b). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6. izd., str. 169–218). Wiley.
- Lambert, M. J. (2014). "Yes, It is Time for Clinicians to Routinely Monitor Treatment Outcome." V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The Heart in Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2. izd., str. 239–266). APA.
- Lambert, M. J. in Shimokawa, K. (2011). Collecting Client Feedback. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 203–223). Oxford University 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(4), 467–481.
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal Therapy. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 105–120). Oxford University Press.
- Lee, C. W. in Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231–239.
- Lee, N. A., Furrow, J. L. in Bradley, B. A. (2017). Emotionally Focused Couple Therapy for Parents Raising a Child with an Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(4), 662–673.
- Levy, K., Ellison, W., Scott, L. in Bernecker, S. (2011). Attachment Style. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 377–401). Oxford University Press.
- Lilja, J. L., Zellerroth, C., Axberg, U. in Norlander, T. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy is effective as relapse prevention for patients with recurrent depression in Scandinavian primary health care. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(5), 464–472.
- Little, R. (2006). Ego state relational units and resistance to change. *Transactional Analysis Journal*, 36(1), 7–19. <https://doi.org/10.1177/036215370603600103>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnúsdóttir, T., Högfóldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C. in Tengström, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030.
- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M. in Kanter, J. W. (2015). A Within-Subjects Evaluation of the Effects of Functional Analytic Psychotherapy on In-Session and Out-of-Session Client Behavior. *The Psychological Record*, 65(3), 463–474.
- Llevelyn, S. P., Elliot, R., Shapiro, D. A., Firth, J. in Hardy, G. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105–114.

- Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Success. V A. O. Horvath in L. S. Greenberg (ur.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (str. 38–50). Wiley.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Jill, T., Levitt, J. T., Seligman, D. A. in Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird's Verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12.
- Luborsky, L., Singer, B. in Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Lutz, W. in Hill, C. E. (2009). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 369–373.
- Malin, A. J. in Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(4), 445–59.
- Marcus, D. K., Kashy, D. A. in Baldwin, S. A. (2009). Studying Psychotherapy Using the One-With-Many Design: The Therapeutic Alliance as an Exemplar. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 537–548.
- Maroda, K. J. (2010). *Psychodynamic Techniques: Working with Emotions in the Therapeutic Relationship*. The Guilford Press.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. in Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519–530. doi:10.1016/j.cpr.2014.08.001
- Masten, R. (2008). Integracija smeri v psihoterapiji. *Kairos*, 2(1–2), 54–62.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D. M. in Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368–376. doi:10.1016/S2215-0366(14)70329-3

- McCredie, M. N., Quinn, C. A. in Covington, M. (2017). Dialectical Behavior Therapy in Adolescent Residential Treatment: Outcomes and Effectiveness. *Residential Treatment for Children in Youth*, 34(2), 84–106.
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for Chronic Depression Using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 833–846.
- McHugh, R. K. in Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84.
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd., str. 49–83). Wiley.
- McMain, S., Pos, A. E. in Iwakabe, S. (2010). Facilitating Emotional Regulation: General Principles for Psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 45(3), 16–21.
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T. in Schramm, E. (2015). A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 951–963.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. in Hubble, M. A. (2005). Outcome-Informed Clinical Work. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 84–102). Oxford University Press.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H. in Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 861–871.
- Modic, K. U. (2019). *Učinkovitost in spremembe v procesu integrativne psihoterapije* [Doktorska disertacija]. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Modic, K. U. in Žvelc, G. (2015). Helpful Aspects of the Therapeutic Relationship in Integrative Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 6, 1–25.
- Moerman, M. in McLeod, J. (2006). Person-Centered Counseling for Alcohol-Related Problems: The Client's Experience of Self in the Therapeutic Relationship. *Person-Centered in Experiential Psychotherapies*, 5(1), 21–35.

- Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A. in Moazezi, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 25(4), 1–7.
- Motaharinasab, A., Zare Bahramabadi, M. in Ahmadi, K. (2016). The Effect of Emotionally Focused Therapy on Emotional Expression Styles Among Married Women. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(4), 505–513.
- Moursund, J. P. in Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Thomson: Brooks/Cole.
- Mulder, R., Murray, G. in Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953–962.
- Murray, M. in Sargeant, S. (2012). Narrative psychology. V D. Harper in A. R. Thompson (ur.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: An Introduction for Students and Practitioners* (str. 163–177). Wiley-Blackwell.
- Naghdi, H., Hatami, M., Kiamanesh, A. in Navabinejad, S. (2017). Comparing the effectiveness of the emotionally-focused couple therapy and the problem-centered systems therapy of the family on marital burnout in spouses of recovering addicts. *Journal of Kermanshah University of Medical Science*, 20(4), 124–130.
- Najafi, M., Soleimani, A. A., Ahmadi, K., Javidi, N. in Kamkar, E. H. (2015). The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Enhancing Marital Adjustment and Quality of Life among Infertile Couples with Marital Conflicts. *International Journal of Fertility and Sterility*, 9(2), 238–246.
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (ur.). (2011). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2014). The Therapeutic Relationship. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The Heart in Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2. izd., str. 113–142). APA.

- Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (ur.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. in Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 279–300). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 3–22). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2011a). Evidence-Based Therapy Relationships : Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Nourian, L. in Aghaei, A. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Obese Women. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 7(3), 133–138.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. izd., str. 134–165). Wiley.
- O'Reilly-Knapp, M. in Erskine, R. G. (2003). Core Concepts of an Integrative Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168–177.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. in Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. izd., str. 307–389). Wiley.
- Paivio, S. C. in Greenberg, L. S. (2001). Introduction: Treating emotion regulation problems. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 153–155.
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I. in Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20(3), 353–366.

- Paivio, S. C. in Laurent, C. (2001). Empathy and Emotion Regulation: Re-processing Memories of Childhood Abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 213–226.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F. in Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 444–449.
- Panahi, F. in Faramarzi, M. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Women with Premenstrual Syndrome. *Depression Research and Treatment*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153465/pdf/DRT2016-9816481.pdf>
- Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M. in Linn, B. K. (2015). Beyond Borderline Personality Disorder: Dialectical Behavior Therapy in a College Counseling Center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29(3), 211–226.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113–126.
- Pascual-Leone, A. in Greenberg, L. S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the Only Way Out Is Through.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S. in Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 527–542.
- Pažek, L., Rožkar, S. in Žvelc, G. (2016). Mentalizacija – razumevanje mentalnih stanj sebe in drugih: merjenje in psihoterapija. *Kairos*, 10(1–2), 23–43.
- Persons, J. B. in Silberschatz, G. (1998). Are Results of Randomized Controlled Trials Useful to Psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 126–135.
- Petzold, H. G. (2001). Integrativne therapy in a nutshell: „Integrative Therapy“: History, Development and Concepts of an Innovative Approach to „Biopsychosocial“. *Psychotherapy and Body Oriented Intervention*. <https://pdfs.semanticscholar.org/f19b/fd7ce9819e3db57b6ded-2690836bee93d03d.pdf>

- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation*. W.W. Norton & Company.
- Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. W.W. Norton & Company.
- Pos, A., Greenberg, L., Goldman, R. in Korman, L. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007–1016.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S. in Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055–1066.
- Pourová, M., Řiháček, T. in Žvelc, G. (2020). Validation of the Czech version of the Relational Needs Satisfaction Scale. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00359>
- Prochaska, J. O. in DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288.
- Prochaska, J. O. in DiClemente, C. C. (2005). The Transtheoretical Approach. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 147–171). Oxford University Press.
- Prochaska, J. O. in Norcross, J. C. (2014). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (8. izd.). Cengage Learning.
- Puschner, B., Wolf, M. in Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research*, 18(2), 167–178.
- Queen, A. H., Barlow, D. H. in Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 511–521.
- Reid, R. C. in Harper, J. (2007). *The Emotional Processing Scale: Test Development and Psychometrics*. Brigham Young University.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427–437.
- Rennie, D. L. (2006). The Grounded Theory Method: Application of a Variant of its Procedure of Constant Comparative Analysis to

- Psychotherapy Research. V C. T. Fischer (ur.), *Qualitative Research Methods for Psychologists - Introduction through Empirical Studies* (str. 59–78). Academic Press.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J. in Elliott, R. (1994). Client Retrospective Recall of Resolved and Unresolved Misunderstanding Events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473–483.
- Richards, D. in Timulak, L. (2012). Client-identified helpful and hindering events in therapist-delivered vs. self-administered online cognitive-behavioural treatments for depression in college students. *Counseling Psychology Quarterly*, 25(3), 251–262.
- Rodgers, B. (2002). An Investigation into the Client at the Heart of Therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(2), 185–193.
- Rodgers, B. (2003). An Exploration into the Client at the Heart of Therapy: A Qualitative Perspective. *Person-Centered in Experiential Psychotherapies*, 2(1), 19–30.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2015). *Client-Centered Therapy*. Robinson.
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate Practice for Psychotherapists. A Guide to Improving Clinical Effectiveness*. Taylor in Francis.
- Ryle, A. (2005). Cognitive Analytic Therapy. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 196–219). Oxford University Press.
- Sacks, M., Jagielska-Hall, D. in Jeffery, S. (2016). Cognitive analytic therapy for high-risk sexual behaviour. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(1), 20–32.
- Safran, J. D. in Muran, C. J. (2003). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. The Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, C. J. in Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 224–238). Oxford University Press.
- Schielke, H. J., Fishman, J. L., Osatuke, K. in Stiles, W. B. (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The Ward method. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 558–565.

- Schnellbacher, J. in Leijssen, M. (2009). The Significance of Therapist Genuineness From the Client's Perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 207–228.
- Schramm, P. J., Zobel, I., Mönch, K., Schramm, E. in Michalak, J. (2016). Sleep quality changes in chronically depressed patients treated with Mindfulness-based Cognitive Therapy or the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A pilot study. *Sleep Medicine*, 17, 57–63.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O. in Arkowitz, H. (2012). A Pilot Investigation of Emotion-Focused Two-Chair Dialogue Intervention for Self-Criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(6), 496–507.
- Shapiro, D., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G. in Stiles, W. (1992). Prescriptive and Exploratory Psychotherapies: Toward an Integration Based on the Assimilation Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(4), 253–272.
- Silberschatz, G. (ur.). (2005). *Transformative Relationships: The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. Taylor & Francis.
- Silberschatz, G. (2012). Transformative processes in psychotherapy: How patients work in therapy to overcome their problems. *Psychotherapy in Australia*, 18(4), 30–35.
- Smith, M. L. in Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760.
- Smith, T., Domenech Rodriguez, M. in Bernal, G. (2011). Culture. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 316–335). Oxford University Press.
- Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W. B., Klausen, J. in Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16, 97–109.
- Solati, K. (2017). The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Resilience among the Wives of Patients with Schizophrenia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(4), VC01-VC03.
- Solati, K., Mousavi, M., Kheiri, S. in Hasanpour-Dehkordi, A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*, 32(5), 378–385.

- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E. H. in Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy on Sexual Satisfaction and Marital Adjustment of Infertile Couples with Marital Conflicts. *International Journal of Fertility and Sterility*, 9(3), 393–402.
- Solomon, R. M. in Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Vagg, P. R. in Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Self-Evaluation Questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an Obstacle for Psychotherapy Outcome Research: It's Worse Than You Think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86–91.
- Strauss, A. L. in Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2. izd.). SAGE.
- Stricker, G. in Gold, J. R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 47–58.
- Stricker, G. in Gold, J. (2005). Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. (2. izd., str. 221–240). Oxford University Press.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J. in Hollon, S. D. (2010). Therapist Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429–437.
- Swift, J., Callahan, J. in Vollmer, B. (2011). Preferences. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 301–315). Oxford University Press.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305–314.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy*, 83(4), 421–447.

- Timulak, L., Belicova, A. in Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371–386.
- Timulak, L. in Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred/experiential therapies. V M. Cooper, J. C. Watson in D. Holledampf (ur.), *Person-Centered in Experiential Psychotherapies Work* (str. 66–91). PCCS Books.
- Timulak, L. in Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: An exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research*, 13(4), 443–460.
- Toksoy, Ş. E., Cerit, C., Aker, A. T. in Žvelc, G. (2020). Relational Needs Satisfaction Scale: reliability and validity study in Turkish. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21 (Supplement), 37–44. <https://doi.org/10.5455/apd.115143>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720.
- Tolin, D. F. (2014). Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive- behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 351–362. doi:10.1111/cpsp.12080
- Tolin, D. F. (2015). Corrigendum to “Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 315–316.
- Toomey, B. in Ecker, B. (2009). Competing visions of the implications of neuroscience for psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 95–140.
- Tovote, K. A., Schroevers, M. J., Snippe, E., Emmelkamp, P. M. G., Links, T. P., Sanderman, R. in Fleer, J. (2017). What works best for whom? Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depressive symptoms in patients with diabetes. *Plos One*, 12(6), 1–16.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C. in Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629–642.
- Tryon, G. S. in Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 153–167). Oxford University Press.

- Tudor, K. (2003). The neopsyche: the integrating adult ego state. V C. Sills in H. Hargaden (ur.), *Ego States* (str. 201–231). Worth Publishing.
- Tweed, A. in Charmaz, K. (2012). Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners. V D. Thompson in A. R. Harper (ur.), *Qualitative Research Methods in Mental Health Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (str. 131–146). Wiley.
- Tyrer, P. (2015). Personality dysfunction is the cause of recurrent non-cognitive mental disorder: a testable hypothesis. *Personal Ment Health*, 9(1), 1–7.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeitei, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J. in Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9(1), 56–60.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B. in Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analyses of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in Functional Analytic Psychotherapy. *Psychological Record*, 66(4), 599–609.
- Wachtel, P., Kruk, J. in McKinney, M. (2005). Cyclical Psychodynamics and Integrative Relational Psychotherapy. V J. C. Norcross in M. R. Goldfried (ur.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. izd., str. 172–195). Oxford University Press.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M. in Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25–31.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wampold, B. E. in Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S., Miller, S., Baardseth, T., Laska, K. in Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2. izd.). Routledge.

- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Fluckiger, C., Del Re, A. C., Baardseth, T. P. in Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 923–933.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. in Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2–3), 159–165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. in Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
- Watson, J. C. in Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 25–33.
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Prosser, M. C. in Bedard, D. L. (2011). An examination of the relationships among clients’ affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1), 86–96.
- Watson, J. C. in Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients’ subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 500–509.
- Watson, J. C., Steckley, P. L. in McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286–298.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. in Friedman, M. J. (2013). Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 541–550.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. in Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200–211.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E. S., Steiner, A. R. W. in Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 302–308.

- Whelton, W. J. in Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595.
- Wiebe, S. A. in Johnson, S. M. (2016). A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Family Process*, 55(3), 390–407.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. in Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882–890.
- Wiseman, H. (1992). Conceptually-based interpersonal process recall (IPR) or change events: What clients tell us about our micro theory of change. V S. G. Toukmanian in D. L. Rennie (ur.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (str. 51–76). Sage Publications.
- Worthington, E., Hook, J., Davis, D. in McDaniel, M. (2011). Religion and Spirituality. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. izd., str. 402–420). Oxford University Press.
- Zamani, N., Habibi, M. in Darvishi, M. (2015). Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. *Arak Medical University Journal*, 18(94), 32–42.
- Žvelc, G. (2009). Between self and others: Relational schemas as an integrating construct in psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 39(1), 22–38. <https://doi.org/10.1177/036215370903900104>
- Žvelc, G. (2010). Relational schemas theory and transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 40(1), 8–22. <https://doi.org/10.1177/036215371004000103>
- Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji: Integrativni model medosebnih odnosov*. IPSA.
- Žvelc, G., Jovanoska, K. in Žvelc, M. (2020). Development and validation of the Relational Needs Satisfaction Scale. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00901>
- Žvelc, G. in Žvelc, M. (2011). Integrativna psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 565–589). IPSA.

- Žvelc, G. (2019). Temeljne predpostavke Terapije sprejemanja in predanosti ter model psihološke fleksibilnosti. V G. Žvelc (ur.), *Terapija sprejemanja in predanosti: Čuječnost in psihološka fleksibilnost v terapiji* (str. 11–27). Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Žvelc, G. in Žvelc, M. (2021). *Integrative psychotherapy: A mindfulness- and compassion-oriented approach*. Routledge.
- Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (ur.). (2011). *Psihoterapija*. IPSA.

Kazalo slik

- Slika 1.* Model jaza v odnosu – temeljne dimenzije. str. 94
- Slika 2.* Model integriranega Odraslega. str. 97
- Slika 3.* Model skriptnega sistema. str. 102
- Slika 4.* Model ključavnice v integrativni relacijski psihoterapiji. str. 107
- Slika 5.* Model klientovega doživljanja spodbujajočih terapevtskih dejavnikov in sprememb v integrativni relacijski psihoterapiji. str. 126

Imensko kazalo

A

Aghaei, Asghar 123
 Agnew-Davies, Roxane 123
 Ahn, Hyun-nie 78
 Alden, Lynn E. 14
 Anderson, Timothy 35
 Andrew, Martin 33
 Arch, Joanna J. 37
 Arnkof, Diane 16, 21, 25
 Auszra, Lars 53
 Avdi, Evrinomy 17

B

Baldwin, Scott A. 34, 120, 130
 Barber, Jacques P. 41–42
 Barlow, David H. 36–37,
 120–121
 Barth, Jürgen 29
 Beck, Aaron T. 14
 Bell, Erin C. 78
 Berne, Eric 96, 99
 Beutler, Larry 66, 69, 82, 121
 Bisson, Jonathan 33
 Blackledge, John T. 49
 Bohak, Janko 94

Bohart, Arthur C. 40, 53, 120
 Bordin, Edward S. 40
 Botella, Luis 11, 43, 63–64,
 71–72
 Boxer, Paul 123
 Brooks-Harris, Jeff E. 37
 Brown, George S. 34, 130
 Burum, Bethany A. 48

C

Calvert, Rachel 123
 Carryer, Jonathan R. 53
 Casey, Leanne M. 46
 Castonguay, Louis G. 68
 Charmaz, Kathy 18–20
 Clark, David M. 31
 Constantino, Michael J. 40, 78–81,
 121, 129
 Cook, Nathan E. 123
 Corbin, Juliet 18, 125
 Creaner, Mary 55–57, 134
 Crits-Christoph, Paul 12, 28, 39,
 42, 47, 54
 Cuijpers, Pim 32–33
 Cvetko, Heliodor 67

D

Dallos, Rudi 16–17
 Davidson, Paul R. 33
 De Guzman, Rosalito 123
 Deacon, Brett J. 31
 DeRubeis, Robert J. 42
 DiClemente, Carlo C. 37, 65, 69,
 74, 76, 80
 Dollard, John 65
 Doolin, Erin M. 41, 77, 127
 Duncan, Barry 11, 33, 69, 129

E

Ecker, Bruce 83–86, 115, 117,
 133
 Eells, Tracy 81–83
 Elfström, Magnus 14–15
 Ellard, Kristen K. 122
 Elliott, Robert 12–13, 16, 21–26,
 29, 39, 41, 45, 47, 57, 59, 77,
 123, 125, 127
 Erskin, Richard 11, 40, 66–67, 69,
 91–105, 107–114, 123
 Eubanks, Catherine F. 41
 Evans, Ken 14–15, 66, 124

F

Falkenström, Fredrik 43
 Faramarzi, Mahbobeh 122
 Farber, Barry A. 41, 77, 127
 Feixas, Guillem 11, 63–64, 71–72
 Field, Andy 29
 Fitzpatrick, Marilyn R. 46
 Flückiger, Christoph 41
 Fonagy, Peter 31, 132
 Fosha, Diana 40, 49
 Frank, Jerome 9, 11, 36, 65, 67, 70,
 77, 80, 121
 Frank, Julia B. 9, 11, 36, 65, 67, 70,
 77, 80, 121

Frelih, Tisa 14
 French, Thomas 65
 Freud, Sigmund 65
 Friborg, Oddgeir 32

G

Gaston, Louise 42
 Geller, Shari M. 45
 Georgaca, Eugenie 17
 George, Betsy 123
 Ghadampour, Ezatolah 122
 Gilbert, Maria C. 66
 Glaser, Barney 18, 20, 125
 Glass, Gene V. 28
 Gloster, Andrew T. 33, 90
 Gold, Jerry 67–68
 Goldfried, Marvin R. 11, 31, 48,
 63–69, 71, 73, 91, 123
 Goldman, Rhonda 15, 50, 80, 83,
 88
 Gorraiz, Maggie 123
 Greaves Wade Amy 120
 Greenberg, Leslie S. 22, 39–40,
 48, 50–53, 66, 71, 80, 83, 86–88,
 131

H

Harper, James 124
 Harwood, T. Mark 82, 121
 Hayes, Louise 36, 122
 Henggeler, Scott W. 123
 Herrmann, Imke 50
 Hill, Clara 12, 15, 21
 Hofmann, Stefan G. 31, 36–37,
 122–123
 Horowitz, Mardi 14
 Horvath, Adam O. 40–41, 47,
 71
 Hubble, Mark A. 11

I

Imel, Zac E. 9, 11, 28, 30, 34–36,
40, 68, 77–79, 86, 120–122,
129–130

Insel, Thomas 122

Iwakabe, Shigeru 53

J

Jacobson, Neil S. 32

Johns, Robert G. 34

Johnsen, Tom J. 32

Johnson, Susan M. 123

Jokić-Begić, Nataša 14–15

K

Kagan, Norman 25

Kellett, Stephen 68, 123

Khoury, Bassam 37

Kimpara, Satoko 120

Kivlighan, Dennis M. 46

Klepac, Robert 122

Knox, Rosanne 57

Kolden, Gregory G. 41, 77, 127

Kramer, Ueli 46

L

Lambert, Michael J. 10–14, 27,
30, 34–35, 41, 44, 70, 80–82,
129–130

Laska, Kevin M. 29, 70, 121–122,
129

Lazarus, Arnold 69

Lee, Nicholas A. 33, 123

Leijssen, Mia 57

Levy, Kenneth N. 121

Lilja, Josefine 122

Little, Ray 100

Livheim, Fredrik 123

Lizarazo, Natalia Esparza 123

Llewelyn, Susan 24

Luborsky, Lester 28, 43, 65

Lutz, Wolfgang 12, 15

M

Malcolm, Wanda 52

Malin, Ashley J. 53

Marcus, David K. 32, 45

Maroda, Karen J. 40

Masten, Robert 13, 67

Mayo-Wilson, Evan 32

McCredie, Morgan N. 123

McCullough, James P. 123

McHugh, Kathryn R. 121

McLeod, John 12, 55

McMain, Shelley 48

Michalak, Johannes 123

Michelson, Aaron 82, 121

Miller, Neal 65

Miller, Scott D. 67–68

Missirlian, Tanya M. 50

Modic, Karmen Urška 14, 58,
123–125, 127–129, 131, 134

Moerman, Marijke 55

Moghanloo, Vahid Ataie 123

Motaharinasab, Akram 123

Moursund, Janet P. 69, 91, 98–99,
104, 107, 114, 123, 128

Možina, Miran 94

Mulder, Roger 34, 36

Muran, Christopher 41, 80

Murray, Michael 17

N

Naghdi, Hadi 123

Najafi, Maryam 123

Norcross, John C. 9–11, 30, 34, 40,
43–44, 63–64, 66–71, 73–76,
79–80, 82, 91, 120–121, 129

Nourian, Leili 123

O

O'Reilly-Knapp, Marye 96–97
 Ogles, Benjamin 27
 Orleans, Vanja 66
 Orlinsky, David 39

P

Paivio, Sandra C. 48–49, 52, 87
 Palmieri, Gaspare 14–15
 Panahi, Faeze 122
 Panepinto, Amberly R. 123
 Parker, Kevin C.H. 33
 Pascual-Leone, Juan 22, 50
 Pavlov, Ivan Petrović 65
 Pažek, Lucija 132
 Persons, Jacquelline B. 120
 Petzold, Hilarion 11, 66–67, 69
 Porges, Stephen W. 115–116
 Pos, Alberta 50, 53
 Prochaska, James O. 9–11, 30, 37, 40, 65, 69–71, 73–74, 76, 80
 Puschner, Bernd 42

Q

Queen, Alexander H. 73

R

Reid, Rory, C. 123
 Rennie, David 20, 55, 57, 133
 Rhodes, Renee H. 46
 Richards, Derek 59
 Rodgers, Brian 21, 54, 57
 Rogers, Carl 10, 40, 57, 65, 67, 77, 127, 132
 Rosenzweig, Saul 65
 Rousmaniere, Tony 46
 Ryle, Anthony 68

S

Sacks, Maxine 123
 Safran, Jeremy D. 41, 80
 Sargeant, Sally 17
 Schaeffer, Cindy M. 123
 Schielke, Hugo Josef 21
 Schnellbacher, Jutta 57
 Schramm, Preetam J. 123
 Shahar, Golan 51
 Shapiro, Francine 22, 83, 123
 Shaughnessy, Peter 46
 Shimokawa, Kenichi 41, 80, 82
 Silberschatz, George 40, 120
 Smith, Timothy 28, 82, 121
 Smout, Matthew 90
 Solati, Kamal 122
 Soleimani, Ali Akbar 123
 Solomon, Roger M. 83
 Spielberg, Charles Donald 14
 Stiles, William B. 46
 Strauss, Anselm 18, 20, 125
 Stricker, George 67–68
 Strunk, Daniel R. 42
 Swift, Joshua 82, 121
 Symonds, B. Dianne 41

T

Tallman, Karen 120
 Timulak, Ladislav 55–59, 131–134
 Toksoy, Şafak Ebru 106
 Tolin, David F. 31–32
 Toomey, Brian 83, 85
 Tovote, Annika K. 122
 Trautmann, Rebecca L. 69, 91, 94, 107–108, 123, 128–129
 Tryon, Georgiana Shick 41, 46
 Tudor, Keith 101
 Tweed, Alison 18, 20
 Tyrer, Peter 73

V

- Vetere, Arlene 16–17
Villas-Bôas, Alessandra 123

W

- Wachtel, Paul 65–66, 68
Walser, Robyn D. 123
Wampold, Bruce E. 9, 11, 27–30,
32, 34–36, 40, 43–44, 68, 77–79,
86, 120–122, 129–130
Watson, Jeanne C. 45, 50, 57, 133
Watts, Bradley V. 33
Webb, Christian A. 78
Webster, Michael C. 51
Wetherell, Julie Loebach 37
Whelton, William J. 51
Wiebe, Stephanie A. 123
Wilamowska, Zofia A. 73
Winograd, Greta 41
Wiseman, Hadas 25

Z

- Zalcman, Marilyn J. 102
Zamani, Narges 123

Ž

- Žvelc, Gregor 11, 49, 58, 67, 83,
88–89, 94–95, 97, 100–101,
105–106, 114–117
Žvelc, Maša 11, 49, 67, 83, 94–95,
97, 104, 106, 114–117

