

ANALIZA PSIHOTERAPEVTSKEGA PROCESA S POMOČJO TEORIJE VEDENJSKIH SPREMEMB

Analysis of the psychotherapy process with the theory of behavioral change

Urška Batellino, Mojca Zvezdana Dernovšek

POVZETEK

Članek predstavlja analizo primera pacientke v psihodinamski psihoterapiji z uporabo modela HAPA (Health Action Process Approach). Namen je bil pokazati, da so za izboljšanje pacientovega zdravstvenega stanja ključni vedenjski posegi v zunajterapevtske okoliščine. Analiza temelji na teoretičnem kodnem okviru, ki vključuje motivacijsko fazo, fazo akcije in pripadajoče determinante. Rezultati potrjujejo, da so bili za trajno spremembo potrebni tako notranja psihična reorganizacija kot tudi konkretna dejanja zunaj terapevtskega prostora. Ugotovitve podpirajo pomembnost prakticiranja kot razvojnega koraka v terapevtskem procesu in potrjujejo uporabnost teorije vedenjskih sprememb v kliničnem kontekstu.

Ključne besede: psihoterapija, študija primera, vedenjska sprememba, model HAPA, prakticiranje

Avtorica: Urška Batellino

Znanstveni in strokovni naziv: docentka, doktorica psihoterapije, psihoanalitična psihoterapevka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Psihoanalitična ordinacija, Urška Battelino, s. p., Cesta na Brdo 109, 1000 Ljubljana

E-naslov: ubattellino@gmail.com

Avtorica: Mojca Zvezdana Dernovšek

Znanstveni in strokovni naziv: redna profesorica psihiatrije, specialistka psihiatrije, doktorica medicine

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica

E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

https://doi.org/10.3986/9789610510390_12, CC BY-SA

ABSTRACT

The article presents a case study analysis of a patient who underwent psychodynamic psychotherapy according to the Health Action Process Approach (HAPA) model. The aim was to demonstrate that improving the patient's health requires active behavioural interventions under extra-therapeutic conditions. The analysis is based on a theoretical coding framework including both motivation and behavioural phases and their respective determinants. Findings confirm that lasting change requires not only internal psychological reorganisation, but also concrete actions outside the therapeutic setting. The results underscore the importance of practise as a developmental step in the therapeutic process and demonstrate the applicability of behaviour change theory in a clinical context

Keywords: *psychotherapy, case study, behavior change, HAPA model, practicing*

1 UVOD

Psihoterapevtske raziskave v prvi vrsti pomagajo prepoznavati, kaj psihoterapijo naredi učinkovito in kako izboljšati psihoterapevtske izide (Krause, 2023; Wampold, 2015). Nove raziskave pri tem podpirajo prehod od starejših modelov k pristopom, ki so podprti z dokazi iz prakse in katerih metode so kritično ocenjene in prilagojene empiričnim ugotovitvam (Christo, 2012; Hill, 2011). Raziskave so ključne tudi pri prilagajanju psihoterapevtskih modelov različnim kulturnim kontekstom in za zagotavljanje, da so intervencije ustrezne za raznolike populacije (Koç in Gülnihal, 2018; Wampold, 2015). Rezultati raziskav tako usmerjajo izobraževanje terapevtov, njihov strokovni razvoj in pripravo smernic dobrih praks, kar pomaga pri stalnem izboljševanju učinkovitosti psihoterapevtskega dela (Christo, 2012; Tasca in sod., 2015). Raziskovanje psihoterapije na tak način prispeva k odgovornosti, izboljševanju kakovosti in vzdržnosti psihoterapije kot poklica (Hill, 2011).

Kratka predstavitev avtoric

Urška Batellino je psihoanalitična psihoterapevtka, docentka na Novi univerzi in sodelavka v programu OMRA. Dela v zasebni praksi s posamezniki in skupinami, zavzema se za opolnomočenje žrtev narcisistične zlorabe v vseh okoljih, ozaveščanje o vzrokih in posledicah izgorelosti in obsesivno-kompulzivne motnje.

Mojca Zvezdana Dernovšek je doktorica medicine in specialistka psihiatrije. Je redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Vključena je v implementacijo Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028. Zavzema se za preventivo duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja. Stremi k opolnomočenju oseb z izkušnjo težav v duševnem zdravju.

Na izid psihoterapije vpliva vrsta dejavnikov, ki so skupni različnim oblikam terapij ali specifični za posamezne pristope. Raziskave kažejo, da se med ključne napovedne dejavnike uvrščajo terapevtska zveza, lastnosti terapevta, dejavniki na strani klienta in prilagodljivost terapevtskega procesa. Ne glede na vrsto terapije ali diagnozo je z boljšimi izidi terapije dosledno povezana terapevtska zveza oz. kakovost odnosa med terapevtom in klientom (Barnicot in sod., 2012; Wampold, 2015). Med lastnostmi terapevta, ki pomembno vplivajo na izide, so zlasti njegova kompetentnost oz. znanje in spoštovanje protokolov ne glede na vrsto terapije (Chatoor in Kurpnick, 2009; Tasca in sod., 2015). Z boljšimi izidi je povezano tudi čustveno izražanje obeh, torej tako terapevta kot klienta, pri čemer pa ima izražanje klienta še posebej močan učinek (Peluso in Freund, 2018). Med preostalimi pomembnimi lastnostmi terapevta so tudi medosebne veščine in subjektivne lastnosti, kot so stil navezanosti, samopodoba in zgodovina odnosov, še posebej v interakciji s klientovimi dejavniki in tehnikami (Lingiardi in sod., 2018). Boljše izide nadalje dosegajo tudi terapevti, ki prilagajajo intervencije posameznikovim potrebam in načrtom (Silberschatz, 2017). Uspešne terapije tako v terapevtskem procesu pogosto združujejo tako stabilnost kot prilagodljivost (de Felice in sod., 2022).

Pomembni dejavniki, ki prav tako kritično vplivajo na psihoterapevtski izid, pa so odvisni od klienta in zajemajo medosebne težave, resnost simptomov, sposobnost spoprijemanja in fleksibilnost. Klienti z izrazitejšimi medosebnimi težavami imajo na začetku terapije praviloma slabše izide (Gómez Penedo in Flückiger, 2023), vendar lahko v določenih primerih večja resnost simptomov napoveduje tudi večje izboljšanje, verjetno zaradi večjega prostora za spremembo (Barnicot in sod., 2012). Z boljšimi izidi so povezani tudi sposobnost spoprijemanja in fleksibilnost klienta in njegova zmožnost integracije v terapevtskem procesu (Meier in sod., 2023; Wampold, 2015).

1.1 Namen

Namen prispevka je na primeru prikazati, da je izboljšanje pacientovega zdravja mogoče pričakovati le ob posegu v pacientove zahtevne zunajterapevtske okoliščine.

2 METODA DELA

Za namen prikaza, ko je izboljšanje pacientovega zdravja mogoče pričakovati le ob aktivnem posegu v pacientove zunajterapevtske okoliščine, izvajamo analizo primera pacientke, ki se je v času psihodinamske psihoterapije soočala z dolgotrajno psihološko obremenjujočim partnerskim odnosom. Primer je bil izbran na podlagi izrazite prepletenosti psihičnih simptomov z dejavniki v zunanjem okolju, ki jih je bilo treba za dosego izboljšanja neposredno nasloviti. Identiteta pacientke je zaščitena z anonimizacijo in spremembo vseh osebnih podatkov, ki bi lahko omogočali njeno prepoznavo. Vsebinska struktura primera je ohranjena v meri, ki omogoča relevantno analizo procesa spremembe.

Kvalitativno analizo opravljamo po postavkah pristopa procesa zdravstvenega ukrepanja (angl. Health Action Process Approach – HAPA; Schwartz, 2008), pri čemer uporabljamo deduktivni pristop, utemeljen na vedenjskem modelu.

HAPA je vedenjska teorija, ki predpostavlja model vzročne povezanosti začetka in vzdrževanja vedenja, pomembnega za zdravje, s tem da upošteva časovni vidik in jasno časovno loči med fazo motivacije ali odločitve in fazo akcije oz. vzdrževanja nekega izbranega vedenja (Schwartz, 2008). Pri tem opredeljuje determinante za začetek in vzdrževanje nekega vedenja. Če posameznik uspešno preide skozi obe fazi, velja, da je vzpostavil dolgoročno vedenjsko spremembo.

Motivacijska faza ali stanje sprejemanja odločitve opisuje proces, v katerem posameznik formira namero, da bo opustil vedenje, škodljivo za zdravje, ali v svoje življenje vključil vedenja, ki so varovalna oz. zdravje krepijo. V tej fazi so pomembne tri determinante:

- 1) samoučinkovitost pomeni, da posameznik verjame, da je sposoben določenega vedenja oz. njegove spremembe;
- 2) pričakovanje izida pomeni, da si posameznik zna predstavljati, kaj bo spremenjeno vedenje prineslo;
- 3) ocena nevarnosti/grožnje pomeni razmerje med pričakovano težo bolezni in lastno ranljivostjo oz. dovzetnostjo za to bolezen/zdravstveno stanje.

Pogosto se zgodi, da posameznik še pred vedenjsko namero in oceno, ali je neko vedenjsko spremembo sposoben izpeljati, premišljuje o posledicah. Ocena samoučinkovitosti in pričakovanje izida sta med seboj povezana in občutek lastne nezmožnosti lahko povsem izniči ostale determinante. Pričakovanje izida ima dva dela: družbeni in splošni. Pričakovanje izida, ki je družbeno pomemben, vključuje socialni pritisk (kaj bodo mislili drugi), podporo drugih in norme, ki pomenijo, v kakšni meri se vedenje pojavlja v referenčni skupini. Splošni del pa obsega splošna pričakovanja od življenja; sem sodijo optimizem ali pesimizem.

Ocena nevarnosti oz. grožnje sama po sebi ne podpre nastanka vedenjske namere. Lahko pa je že majhna zaznana nevarnost dovolj, da sproži premišljanje o pričakovanih izidih, nato pa še oceno samoučinkovitosti, kar privede do nastanka vedenjske namere.

Prenovljena teorija (Schwartz, 2008) je nekoliko podrobneje razdelala oceno samoučinkovitosti in jo je razdelila na akcijsko samoučinkovitost, vzdrževalno samoučinkovitost in zmožnost okrevanja. Akcijska samoučinkovitost pomeni, da posameznik verjame, da je sposoben določenega vedenja oz. njegove spremembe; definicija je identična prvotni teoriji in spada v motivacijsko fazo. Drugi dve spadata v fazo akcije.

Druga faza je faza akcije oz. vzdrževanja vedenjske spremembe. Namera je sedaj postala dejansko vedenje. Vedenjska namera se najprej pretvori v načrt delovanja. Ocena samoučinkovitosti je ključna za ta del procesa in vpliva na kakovost in kvantiteto načrta. Ko posameznik sledi načrtu, je pomembno, da obstaja nadzor nad izvajanjem načrta. Slednji spada v samoregulacijo, ki prepreči, da bi posameznik opustil delovanje zaradi drugih vedenjskih namer, prekinitev/motenj ali tendenc k drugim delovanjem. Samoučinkovitost je pomembna, saj omogoča vlaganje truda in vztrajnost. Na račun teh povezav ljudje z nizko oceno samoučinkovitosti raje predvidevajo slab izid in dvomijo o svoji zmožnosti izvesti neko dejanje, zato pa tudi pogostejše delovanje opustijo. Obratno pa ljudje z boljšo oceno samoučinkovitosti pričakujejo dober izid in učinkoviteje premagajo ovire.

Situacijske ovire so pomembne pri prenosu vedenjske namere v delovanje. Sem spadajo dejanski dejavniki okolja in dejavniki okolja, ki jih posameznik pričakuje. Situacijski dejavniki lahko nadvladajo samoregulacijo in vedenje se ne vzdržuje. Družbena podpora ima veliko vlogo pri vzdrževanju vedenja in lahko nadvlada situacijske prepreke.

Prenovljena teorija je nekoliko podrobneje razdelala dva dela volje, in sicer loči vzdrževalno samoučinkovitost in zmožnost okrevanja. Vzdrževalna samoučinkovitost pomeni oceno zmožnosti izpeljati načrtovano vedenje in odpravljanje sprotih ovir. Zmožnost okrevanja pa pomeni oceno posameznika, do katere mere je sposoben prenesti poraz in ponovno vzpostaviti načrtovano vedenje.

Pričakovanje izida je lahko negativno, družbeno pomembno in pomembno za telesno ali duševno zdravje. Prenovljena teorija uvaja tudi načrtovanje soočanja kot mediatorja med načrtovanjem in delovanjem. To pomeni, da načrtujemo pričakovane ovire in vzpostavljamo vedenjske možnosti, da se ovire premagajo.

Na osnovi teoretičnih določil modela HAPA smo oblikovali kodni okvir, ki vključuje obe fazi procesa spremembe (motivacijsko fazo in fazo akcije) in pripadajoče determinante vedenjske spremembe, kot so zaznana nevarnost, pričakovanje izida, samoučinkovitost, načrtovanje, samoregulacija, soočanje z ovirami in družbena podpora.

Kodiranje je potekalo s sistematičnim razvrščanjem vsebinskih enot besedila primera v pripadajoče kategorije kodnega okvira. S tem smo identificirali, kako so se skozi terapevtski proces razvijale ključne sestavine spremembe, kot jih opredeljuje model HAPA. Rezultati analize so predstavljeni v obliki preglednic, ki prikazujeta povezavo med posameznimi komponentami teoretičnega modela in empiričnimi vsebinami študije primera, sledi razprava, ki pojasnjuje potek in pogoje spremembe.

3 REZULTATI IN DISKUSIJA

3.1 Predstavitev primera

V študiji primera je prikazana analiza procesa pacientke v zgodnjih 30. letih, ki je po več letih bivanja v dolgotrajno toksičnem partnerskem odnosu poiskala psihoterapevtsko pomoč. V partnerskem odnosu je bila dolgotrajno izpostavljena psihičnemu nasilju, sistematičnemu razvrednotenju in manipulativnim vzorcem, ki so postopoma načeli njeno samozaupanje, občutek lastne vrednosti in sposobnost samostojne presoje. Pacientka je bila v odnosu s partnerjem preobremenjena s številnimi obveznostmi, ki so vključevale tako vodenje lastnega podjetja kot tudi glavno skrb za gospodinjstvo in otroka, medtem ko je partner prispeval malo oz. ni prispeval konstruktivno. Pacientka se je ob tem soočala z njegovo čustveno nestabilnostjo, zlorabo psihoaktivnih snovi in vedenjskimi vzorci, ki so temeljili na kontroli, zahtevah po občudovanju in prikitem sovražnem odnosu.

Vstop v terapevtski proces je pri pacientki potekal v stanju izrazite izčrpanosti, anksioznosti in občutka nemoči. Čeprav je izrazila jasno željo po prekinitvi odnosa, jo je pri tem zaviral močan strah pred posledicami partnerjevega odziva, ki ga je zaznavala kot potencialno maščevalnega. V začetnih fazah terapije so bile posebej izrazite težave z diferenciranjem lastnih občutij in misli od notranje ponotranjenih partnerjevih kritik in projekcij. Postopoma je skozi psihodinamski proces ozaveščanja preteklih izkušenj in terapevtskega dela na notranjih konfliktih pridobivala jasnejšo sliko o dinamiki odnosa, razmejila partnerjevo ravnanje od lastne identitete in začela vzpostavljati notranje meje. S tem je postopoma krepila samozaupanje, sposobnost avtonomne presoje in zmožnost

aktivnega odziva na zunanje okoliščine. Ključno točko spremembe, po kateri je pacientka izvedla več konkretnih dejanj za zaščito sebe in svojega otroka, je predstavljala odločitev za prekinitev odnosa. Vključila se je v sodne postopke, uredila bivanje in sčasoma ponovno vzpostavila občutek nadzora nad lastnim življenjem. V procesu zdravljenja se je bistveno zmanjšala njena anksioznost, izzveneli so simptomi telesne izčrpanosti in ponovno se je vzpostavil njen občutek osebne vrednosti.

3.2 Analiza primera

Predstavitev analize primera sledi strukturi dvofaznega modela HAPA. Proces spremembe je prikazan skozi komponenti motivacijske in akcijske/vzdrževalne faze, pri čemer posamezne vsebine primera uvrščamo v teoretične kategorije modela. Analiza temelji na kodnem okviru, oblikovanem na podlagi teorije, in vključuje preglednici s pripadajočim besedilnim komentarjem.

Motivacijska faza v modelu HAPA opisuje obdobje, v katerem pacient še ne deluje, temveč razvija namero vedenjske spremembe. Gre za notranji proces oblikovanja motivacije, ki vključuje zaznavanje ogroženosti, pričakovanja glede izidov in presojo lastne zmožnosti za spremembo. V izbranem primeru se motivacijska faza kaže kot obdobje, v katerem pacientka še vztraja v toksičnem odnosu, vendar že prepoznava škodljivost obstoječe situacije in začenja razvijati psihološke predpogoje za spremembo. Zaznana grožnja (M1) je močno prisotna, kar potrjujejo njeni izrazi telesne in duševne izčrpanosti in strahu pred partnerjevim odzivom. Pomemben del tega notranjega procesa je bilo tudi doživljanje lastne skrajne meje, ko je pacientka začela razmišljati, da bo »čisto znorela, zbolela ali umrla«. Ta notranji pritisk je sprožil intenzivno razglabljanje o lastni moči, možnostih rešitve in potrebi po prekinitvi odnosa, kar je predstavljalo ključen korak v smeri oblikovanja vedenjske namere. Vzporedno je oblikovala predstavo o alternativni, življenju brez nasilja, kar ustreza komponenti pričakovanja izida (M2). Pomembna elementa pri tem so družbeno pogojeni izidi (2Ma), ki pri pacientki vključujejo skrb za družbeni vtis, odziv bližnjih in občutek sramu ob razhodu, in splošne predstave o prihodnosti in zaznani možnosti pozitivnega izida (2Mb). Postopno se kaže tudi premik v samozaznavi lastne zmožnosti za spremembo oz. akcijska samoučinkovitost (3M), ki je sprva nizka, a se z diferenciacijo lastnih in partnerjevih psihičnih vsebin skozi terapevtski proces krepi. Ko se ta samoučinkovitost vzpostavi, se pojavi jasna vedenjska namera: odločitev pacientke za prekinitev odnosa (4M). Komponente primera ponazarjajo, da so v primeru prisotne vse ključne komponente motivacijske faze in tvorijo osnovo za prehod v fazo ukrepanja.

Tabela 1: Procesne sestavine motivacijske faze

Motivacijska faza	Primer pacientke
1M: Ocena grožnje (zaznana nevarnost, ranljivost)	Strah pred partnerjevo maščevalnostjo, zaznana brezizhodnost, telesna izčrpanost, občutek norosti
2M: Pričakovanje izida	Želja po boljšem življenju brez nasilja, slutnja olajšanja, če se osvobodi odnosa.
2Ma: Družbeno pomembni izidi (pritisk, norme, podpora)	Skrb, kako bo na odhod odreagirala družina, kako bodo videli partnerjevo vedenje; pomisleki o družbenem sprejemanju razhoda.
2Mb: Splošni izidi (optimizem, pesimizem, predstave o življenju)	Pomanjkanje optimizma v začetku (nizka pričakovanja), pozneje postopna krepitev zaupanja vase in v boljšo prihodnost
3M: Akcijska samoučinkovitost (Verjetje, da je sprememba mogoča.)	Sprva nizka, kasneje višja; ko začne ločevati svoje misli od projekcij, verjame, da lahko odnos zapusti.
4M: Oblikovanje vedenjske namere	Jasno izražena želja po odhodu iz odnosa že v zgodnji fazi terapije

V drugi fazi ukrepanja se vedenjska namera, oblikovana v motivacijski fazi, prevede v konkretna dejanja. Ključne sestavine faze so povezane z uresničevanjem spremembe, njenim vzdrževanjem in sposobnostjo spoprijemanja z ovirami in relapsi. V izbranem primeru se faza ukrepanja realizira s pacientkino izvedbo načrtovane spremembe (U1), ko se fizično umakne iz odnosa in vključi v pravno podporo. Pacientka razvija samoregulacijo (U2) s postopnim vzpostavljanjem notranjih psihičnih mej in nadzora nad odzivi na partnerjevo vedenje (U2a). Kljub številnim obremenitvam vztraja pri svoji odločitvi (U2b), kar kaže na visoko vzdrževalno samoučinkovitost (U3), tj. zmožnost kljubovanja sprotim oviram. Tudi ob vnovičnem pojavu strahu (U4) pacientka ohranja smer delovanja, kar kaže na sposobnost okrevanja po relapsu. V primeru je zaznati tako dejanske (U5a) kot pričakovane situacijske ovire (U5b), ki pa jih pacientka zmore nasloviti s pomočjo družbene podpore (U6) in vnaprejšnjim načrtovanjem strategij za soočanje (U7). Slednje vključuje tako konkretne zaščitne ukrepe kot tudi psihološko pripravo na partnerjevo maščevalnost. Primer ponazarja, da so aktivirane vse ključne determinante faze ukrepanja, ki podpirajo dolgotrajno vedenjsko spremembo.

Analiza primera kaže, da za izboljšanje zdravstvenega stanja pacientke nista bila dovolj zgolj uvid ali refleksija v terapevtskem prostoru, temveč predvsem posledica aktivnega vedenjskega posega v zunajterapevtske okoliščine. V tem smislu primer poudarja pomen vloge prakticiranja oz. udejanjanja notranjih sprememb v realnih medosebnih kontekstih. Prakticiranje pri tem ne pomeni regresivnega udejanjanja, temveč razvojni korak, v katerem pacient v

terapevtskem procesu oblikovano novo psihično organizacijo preveri in utrdi z vedenjem v zunanjem svetu.

Tabela 2: Procesne sestavine faze ukrepanja

Akcijska/vzdrževalna faza	Primer pacientke
U1: Načrtovanje delovanja	Odselitev k staršem, iskanje pravne pomoči, vključitev v sodne postopke
U2: Samoregulacija	Postopno razvijanje notranjega nadzora, zavestno postavljanje mej partnerju
U2a: Nadzor nad izvajanjem	Vzpostavitev strukture za izvedbo spremembe (pravni postopki, zaščita otroka)
U2b: Vlaganje truda, vztrajnost	Vztrajnost kljub psihičnemu pritisku in finančni obremenitvi zaradi postopkov
U3: Vzdrževalna samoučinkovitost (sposobnost kljubovati sprotnim oviram)	Uspešno spopadanje z bivšimi partnerjevimi prijavi, zmožnost nadaljevanja načrta kljub pritiskom
U4: Zmožnost okrevanja (sposobnost povrnitve po relapsu ali porazu)	Povratek občutkov strahu ob novih prijavih, vendar se kljub temu nadaljuje uresničevanje ciljev.
U5: Situacijske ovire	Pravne in finančne ovire, grožnje, policijske prijave, postopki na CSD
U5a: Dejanske situacijske ovire	Stalna partnerjeva manipulacija, pričakovanje maščevalnosti
U5b: Pričakovane situacijske ovire	Podpora staršev, kasneje tudi širše družine
U6: Družbena podpora	Iskanje različnih pravnih poti, priprava na manipulativna dejanja partnerja, postavljanje psiholoških in fizičnih mej
U7: Načrtovanje soočanja (strategije za predvidene ovire)	Zavedanje, da bo partner maščevalen, in vnaprejšnja priprava: odhod k staršem, pravna zaščita, zamenjava bivališča, iskanje odvetnikov.

Čeprav na uspešnost psihoterapevtskega izida pomembno vplivajo terapevtska zveza, kompetentnost terapevta in njegova prilagodljivost klientovim potrebam (Barnicot in sod., 2012; de Felice in sod., 2022; Silberschatz, 2017; Wampold, 2015) se kot vse pomembnejša kaže tudi vloga dejavnikov na strani klienta, zlasti njegove sposobnosti za spoprijemanje, fleksibilnost in stopnje integracije terapevtskih uvidov (Meier in sod., 2023). Izbrani primer ilustrira, da je notranji terapevtski proces omogočil diferenciacijo med lastnimi občutki in partnerjevimi projekcijami, kar je vodilo do krepitve samoučinkovitosti in oblikovanja jasne vedenjske namere, vendar se brez dejanske prekinitve odnosa, pravne zaščite in spremembe bivanjskih pogojev izboljšanje ne bi moglo realizirati. Rezultati analize v kontekstu modela HAPA kažejo, da mora biti terapevtska sprememba potrjena skozi vedenje v realnih življenjskih razmerah. V tem pogledu

prakticiranje ni spremljajoč, temveč konstitutiven element terapevtskega izida. Zlasti pri pacientih, ki živijo v destruktivnih okoljih, poseg v zunajterapevtsko realnost ni zgolj rezultat okrevanja, temveč ključni pogoj zanj.

4 ZAKLJUČEK

Na izid psihoterapije vpliva kompleksno prepletanje terapevtskega odnosa, značilnosti terapevta in pacienta in prilagodljivosti terapevtskega procesa. Usmerjanje pozornosti v vzpostavitev močne terapevtske zveze, ocenjevanje klientovih specifičnih dejavnikov in zagotavljanje kompetentnosti in odzivnosti terapevta lahko pomembno prispevajo k večji učinkovitosti psihoterapije.

Zanimivo je vprašanje, kako se skozi terapijo pripravi pacient na spremembe oz. se okrepi njegova sposobnost odločanja, predvidevanja ipd., da lahko zunajterapevtske spremembe učinkoviteje samostojno sproži, izpelje, sprejme in so zanj koristne.

Teorije vedenjskih sprememb so se najbolj uveljavile pri pripravi in vrednotenju javnozdravstvenih programov in intervencij za izboljšanje zdravja. Doseganje vedenjske spremembe pri posamezniku, skupini ljudi ali populaciji ni enostavna. Intervencije morajo biti dostopne, praktično izvedljive, učinkovite, sprejemljive, varne in sorazmerne (Michie in sod., 2014). Terapevtski proces lahko gledamo v luči intervencije na ravni posameznika in ga lahko načrtujemo, vodimo in spremljamo po teoriji vedenjskih sprememb. Za naprej načrtujemo spremljanje podobnih primerov, da bi definirali dodatne vsebine po posameznih kodnih okvirih procesa vedenjske spremembe.

Literatura

- Barnicot K, Wampold BE, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2012; 32(5): 400–412.
- Chatoor I, Kurpnick J. The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 10(1): 19–25.
- Christo KM. Essential research findings in counseling and psychotherapy. *Soc Work Educ.* 2012; 31(1): 133.
- de Felice G, Guliani A, Pincus D, Scozzari A. Stability and flexibility in psychotherapy process predict outcome. *Acta Psychol (Amst).* 2022; 227: 103604.
- Gómez Penedo JM, Flückiger C. Interpersonal problems as a predictor of outcome in psychotherapy for depressive and anxiety disorders: a multilevel meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2023; 91(10): 562.

- Hill C. Qualitative research in counseling and psychotherapy. *Psychother Res.* 2011; 21(6): 736–738.
- Koç V, Gülnihal K. Cross-cultural research on psychotherapy: the need for a change. *J Cross Cult Psychol.* 2018; 50(1): 110–115.
- Krause M. Lessons from ten years of psychotherapy process research. *Psychother Res.* 2023; 34(3): 261–275.
- Lingiardi V, Muzi L, Tanzilli L, Carone N. Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clin Psychol Psychother.* 2018; 25(1): 85–101.
- Michie S, Atkins L, West R. *The behaviour Change Wheel: A guide to Designing Interventions.* London: Silverback Publishing; 2014.
- Meier D, Tschacher W, Frommer A, Moggi F. Growth curves of common factors in psychotherapy: multilevel growth modelling and outcome analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2023; 30(5): 1095–1110.
- Peluso PR, Freund R. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: a meta-analysis. *Psychotherapy (Chic).* 2018; 55(4): 461–469.
- Schwartz R. Modeling health behaviour change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviour. *Applied Psychology: An International Review* 2008; 57(1): 1–29.
- Silberschatz G. Improving the yield of psychotherapy research. *Psychother Res.* 2017; 27(1): 1–13.
- Tasca G, Sylvestre J, Balfour L, Chyurlia L. What clinicians want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy (Chic).* 2015; 52(1): 1–11.
- Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry.* 2015; 14(3): 270–277.