

Inštitut za klinično psihologijo in psihoterapijo

Ljubljana

# **KAKO TERAPEVTSKA DELOVNA ALIANSA VPLIVA NA IZID TERAPIJE**

TEORETIČNA NALOGA

Erika Žagar, univ. dipl. psih.

Visoče, avgust 2016

## Oprelitev terapevtske delovne alianse

Koncept terapevtske delovne alianse (TDA) izhaja iz psihodinamično usmerjene psihoterapije. Že Freud je v psihoterapevtskem odnosu opazil komponento, ki ne spada v nevrotičen transferni del odnosa, ampak se nanaša na dejanski realen in bolj zdrav odnos med terapevtom in pacientom, ni pa znal te komponente takrat bolj natančno formulirati. Sprva govori (Freud, 1913/1958, v Praper 2004) o »efektivnem transferju«, kasneje pa ugotovi, da je terapevtski odnos, ki temelji na realnosti, potrebno ločiti tudi od pozitivnega transferja, ki ravno tako kot negativni transfer vsebuje komponento nerealnosti. Elizabeth Zetzel (1956, 1958, v Praper, 2004) kasneje prva jasno oddvoji koncept terapevtske alianse od koncepta transferja. Hkrati tudi drugi psihoanalitiki opažajo, da obstaja realen del odnosa med terapevtom in pacientom, a ga različno poimenujejo. Greenson (1967) ga formulira kot *delovna aliansa*, temu pa lahko dodamo še pridevnik »terapevtska«. Da bi nevrotični pacient lahko vstopil in začel efektivno delati v analitični situaciji je nujno, da vzpostavi in vzdržuje drugačen odnos s psihoanalitikom, poleg transfernih reakcij (Greenson, 1967). Terapevtska delovna aliansa se torej nanaša na pacientovo zmožnost delati v analitični situaciji, kljub soočanju s težkimi transfernimi reakcijami in opori. Pri njenem vzpostavljanju sodeluje zdravi del pacientovega ega, ki je sposoben realnega samoopazovanja in samoanalize. Terapevtska delovna aliansa je torej ena od dimenzij terapevtskega odnosa, ki po Greensonu (1967) vključuje še transferni in pa povsem realni del odnosa, ki ni vezan na skupno delovno terapevtsko nalogo in ki se nanaša na to, da se terapevt in pacient srečata kot dve osebi, vsaka s svojo edinstveno osebnostjo in značajem.

Terapevtska delovna aliansa temelji na realističnem odnosu, ki ga soustvarja tudi terapevt, medtem ko je transfer izvor nerealističnega odnosa in je terapevt le objekt tega prenosa (Praper, 1999). Usmerjena je v razreševanje skupne terapevtske naloge za razliko od povsem realnega in dejanskega odnosa med terapevtom in pacientom. Ne moremo pa TDA povsem razločevati od drugih dveh dimenzij terapevtskega odnosa, predvsem od transfera. Greenson (1967) tako opozarja, da je TDA lahko »kontaminirana« s transferom pacienta. Pacient lahko npr. dela v terapiji zelo zavzeto z namenom, da si pridobi naklonjenost in ljubezen terapevta, kar pa je infantilna reakcija, ki zahteva analizo sama po sebi. Po drugi strani lahko pacient uporabi TDA kot odpor oz. obrambo pred regresivni transfernimi fenomeni.

Bordin (1979) znotraj terapevtske delovne alianse opredeli tri dimenzije in sicer dimenzijo pacientovega in terapevtovega soglasja glede *ciljev* terapije, dimenzijo soglasja o *nalogah* za doseganje ciljev in dimenzijo, ki se nanaša na razvoj *navezanosti in vezi* med terapevtom in pacientom. TDA oz. njena dimenzija navezanost se lažje vzpostavi, ko sta osebnosti pacienta in terapevta skladni in podobni, skladnost pacienta in terapevta pa ne vpliva na dimenziji cilji in naloge (Taber, Leibert in Agaskar, 2011).

Tovrstna dimenzionalna konceptualizacija TDA omogoča njeno empirično preverjanje. V zadnjih desetletjih 20. stoletja pa se je posledično začelo TDA tudi empirično raziskovati. Po letu 1976 se je pojavilo več metod merjenja TDA: tako vprašalniki kot druge metode in načini

merjenja TDA (Luborsky, 1994). Inštrumenti za merjenje TDA so utemeljeni na dveh tipih alianse, ki se jih najde v terapevtskih seansah. Prvi tip predstavlja odnos pomoči kjer pacient doživlja terapevta kot podpirajočega in pomagajočega, drugi tip pa se nanaša na odnos pomoči, ki temelji na skupnem delu terapevta in pacienta (Luborsky, 1994). Skonstruiranih je bilo tako kar precej različnih vprašalnikov, ki merijo dimenzije TDA (npr. v Martin, Garske in Davis, 2000), najpogosteje pa se v raziskavah meri že omenjene dimenzije: cilji, naloge in navezanost.

Po letu 2000 se terapevtsko delovno alianso še bolj pospešeno empirično raziskuje. Elektronska baza podatkov psycinfo, je pokazala, da je po letu 2000 (do sredine leta 2016) na temo terapevtske alianse izšlo več kot 2000 strokovnih člankov (na voljo v PDF formatu), že pred to letnico pa so obstajale meta-analize predhodnih empiričnih raziskav TDA (Horvath in Symonds, 1991; Martin, Garske in Davis, 2000). TDA torej že kar lep čas velja za panteoretični koncept (po Horvath in Symonds, 1991; Praper, 2004), veljaven in dejaven v vseh psihoterapevtskih pristopih, ne samo v psihoanalitičnem. To pomeni, da v psihoterapiji obstaja nek osnoven skupen dejavnik terapevtskega uspeha, neodvisen od vrste terapije in to je TDA.

### **Dinamika TDA in odvisnost TDA od osebnostne strukture pacientov**

TDA naj bi v psihoterapevtskem procesu nihala (po Praper, 2004), vendar nekatere študije kažejo v teku krajših terapij tudi linearno naraščanje oz. vztrajanje TDA (npr. Horvath in sodelavci, 2011; Arnow in sodelavci, 2013; Xu in Tracey, 2015). Pomembno je sicer, da se TDA že takoj na začetku (oz. čim prej) vzpostavi, da bi terapija sploh lahko stekla, ni pa rečeno, da kasnejše poslabšanje TDA napoveduje slab izid terapije. V teh primerih je pomembno predvsem, da terapevt z ustreznimi tehničnimi prijemi ponovno vzpostavi TDA. Podatki študije Botelle in sodelavcev (2008) kažejo, da povprečna TDA udeležencev študije ni bila spremenjena zaradi začasnega poslabšanja TDA, poslabšanja simptomatike ali interakcije obojega. To sugerira, da so v teh primerih terapevti zmogli obnoviti TDA, kljub tem začasnim motnjam le te. So pa te motnje statistično pomembno povečale dolžino terapije. Začasno poslabšanje TDA pa se povezuje tudi s poslabšanjem simptomatike (Botella in drugi, 2008).

R. B. Ardito in D. Rabellino (2011) navajata, da je tako možno razločiti dve fazi v formiranju TDA. Prva faza se nanaša na začetni razvoj alianse v prvih seansah in takrat je aliansa lahko bolj izrazita. Ko pa v naslednji - drugi fazi terapevt začne vnašati v terapijo izzive, lahko to pacient doživi kot izgubo podpore in empatije s strani terapevta, kar poslabša TDA. V teh primerih je za uspešen izid terapije pomembno, da terapevt ponovno vzpostavi TDA. Flückinger in sodelavci (2012) pa razlagajo zakaj bi lahko TDA tekom terapije enakomerno naraščala. Na začetku terapije je lahko pacient demoraliziran, njegove dosedanje strategije soočanja s stresom odpovedo in zato ima občutek, da je doživel neuspeh. Terapevt se ob tem odzove empatično, podpirajoče in razumevajoče in to pacientu vzbudi zaupanje ter

olajša nadaljevanje terapije. Kasneje tekom terapije lahko tako TDA postopno narašča, kar odraža tudi postopen napredek v terapiji.

Praper (2004) navaja, da je pri delu s slabše osebnostno organiziranimi pacienti bolje, da se z začetnim terapevtskim dogovorom premosti čas, ki ga ti pacienti potrebujejo za vzpostavljanje TDA. To pomeni, da se sprva ti pacienti ravnaajo »po pravilih«, ki jih postavi terapevt, kasneje pa vendarle dojamajo, da so sami motivirani za uspeh in s tem soodgovorni za uspeh terapevtskega procesa. Terapija pri teh pacientih torej poteka nekoliko drugače kot pri nevrotično strukturiranih: delavno alianso se pri njih gradi hkrati z izgrajevanjem ega. Tudi Greenson (1967) podobno navaja ko pravi, da pri sicer analizabilnih pacientih opaža, da se TDA pokaže bolj očitno šele po nekaj mesecih terapije, ko pacient ponotranji analitično funkcijo terapevta in se sam samoiniciativno loteva svojih odporov in obramb. Je pa vseeno predvsem začetna delovna aliansa boljši prediktor terapevtskega uspeha kot aliansa v kasnejših seansah (po Horvath in Symonds, 1991), saj ima tudi diferencialno in diagnostično vrednost za oceno ego moči pacienta (Praper, 2004). A ob diagnostični vrednosti za oceno ego moči ne smemo pozabiti na pacientovo motivacijo, Botella in sodelavci (2008) namreč ugotavljajo, da se je v njihovi študiji slabša TDA v prvih treh seansah terapije izkazala za večji rizični faktor za predhodno zaključevanje terapije kot pa resnost pacientovih problemov.

Byrd, Patterson in Turchik (2010) empirično ugotavljajo, da je TDA pomembno odvisna od sposobnosti za kvalitetno navezanost pacienta na terapevta, bolj natančno s sposobnostjo pacienta za vzpostavljanje emocionalne bližine in s sposobnostjo, da pacient sprejme svojo nemoč in odvisnost od terapevta. Despland in sodelavci (2001) pa ugotavljajo, da je obrambna naravnost pacientov manj pomembna za oblikovanje TDA kot to kako zna terapevt intervenirati v ob pacientovih obrambah. To se povezuje z ugotovitvijo, da samo poslabšanje TDA tekom terapije ni tako velik problem v kolikor zmore terapevt z ustreznimi intervencijami ponovno rehabilitirati TDA, kar pomeni, da ima terapevt pri vzpostavljanju dobre TDA s ustreznimi tehničnimi prijemi zares pomembno vlogo. Po Foreman in Marmar (1985, v Despland in drugi, 2001) so bile najbolj pogoste terapevtove akcije, v primerih izboljšanja TDA in posledičnega dobrega terapevtskega izida sledeče: naslovitev pacientovih obramb, naslovitev pacientove krivde in pričakovanja kazni, naslovitev pacientovih problematičnih občutkov v odnosu do terapevta in povezovanje teh problematičnih čustev s pacientovimi obrambami.

Kot kažejo raziskave in izkušnje terapevtov so možni različni poteki v dinamiki TDA tekom terapije. TDA tako vsekakor ni stabilna in konstantna komponenta terapije, pač pa lahko narašča, upada ali se celo naenkrat spremeni tekom terapije, to pa je odvisno tudi od zrelosti pacientovega ega in spretnosti terapevta v soočanju s spremembami v TDA.

## **Kako terapevtska delovna aliansa vpliva na izid terapije**

Številne empirične študije so proučevale kako TDA vpliva na izid terapevtskega procesa, kako se v njem kaže in v kakšni interakciji je z drugimi pomembnimi prediktorji izida terapije. Vpliv TDA na izid psihoterapije so raziskovalci proučevali pri različnih psihoterapevtskih modalitetah in pristopih, kljub vsemu pa je najmanj raziskav s področja skupinske psihoterapije (predvsem zaradi zahtevne metodologije merjenja). Proučevanih indikatorjev, ki vplivajo na izid terapije je sicer več, a na tem mestu se bom osredotočila le na vpliv TDA, in sicer v psihoterapiji za odrasle in mladostnike.

Raziskovanje vpliva TDA na izid terapije so spodbudile študije, ki so ugotovljale, da imajo različni psihoterapevtski pristopi vsi ugodne terapevtske učinke. Dodaten razlog, da se je interes za TDA v zadnjih 20 letih tako povečal je tudi nezmožnost raziskovalcev, da bi našli konsistentne razlike v učinkovitosti različnih psihoterapevtskih pristopov (Martin, Garske in Davis, 2000). Mnogo raziskovalcev se je zato osredotočilo na skupne dejavnike v vseh vrstah terapij, ki bi razložili, zakaj so vse terapije lahko učinkovite. Za enega od teh dejavnikov se je izkazalo, da je TDA. To bi lahko pomenilo, da v kolikor zmoreta pacient in terapevt vzpostaviti učinkovito in kakovostno TDA, potem bo pacient zaznaval terapijo kot učinkovito, ne glede na vrsto terapevtskega pristopa. TDA se je tako izkazala za enega najpomembnejših univerzalnih terapevtskih dejavnikov.

Že do leta 2000 sta bili narejeni dve meta-analizi študij, ki so proučevale vpliv TDA na izid psihoterapije (Horvath in Symonds, 1991; Martin, Garske in Davis, 2000), po tem letu pa še nekaj (Lambert in Barley, 2001; Horvath in sodelavci, 2011; Flückinger in sodelavci, 2012). Vse te meta-analize konsistentno ugotavljajo, da je TDA pomembno povezana s terapevtskim izidom, v vseh primerih gre za zmerno pozitivno povezanost, raziskovalci pa jo v večini primerov navajajo kot velikost učinka. Horvath in Symonds (1991) tako ugotavljata velikost učinka v višini 0,26; Martin, Garske in Davis (2000) navajajo vrednost 0,23; Horvath in sodelavci (2011) vrednost 0,275; Flückinger in sodelavci (2012) pa vrednost 0,29. Različne meta-analize tako ugotavljajo okrog 7 % skupne variance, ki jo ima TDA z izidom terapije (po Flückinger in sodelavci, 2012). Lambert in Barley (2001) za razliko uporabljata nekoliko drugačno metodologijo in navajata, da k terapevtskemu uspehu lahko pripišemo do 30 % variance, ki se nanaša na t. i. skupne faktorje terapije, ki jih opredeljujeta z empatijo, toplino in kvaliteto terapevtskega odnosa; za razliko od faktorja terapevtskih tehnik, ki zajema okrog 15 % variance. Raziskave tako v celoti kažejo, da boljša kot je TDA, večja je verjetnost za ugoden oz. pozitiven izid terapije. Po Lambertu in Barleyu (2001) pa so se tudi skupni dejavniki (vseh terapij) kot empatija, toplina in terapevtski odnos izkazali, da pomembneje korelirajo s terapevtskim izidom kot specializirane terapevtske intervencije. TDA pa se izkaže za statistično pomembno slabšo tudi v primerih, ko pacienti terapijo prezgodaj zaključijo, primerjalno s tistimi, ki vztrajajo do konca (Botella in drugi, 2008).

Raziskovalci meta-študij tudi konsistentno ugotavljajo, da različne velikosti vzorcev preizkušancev, različni merski instrumenti za merjenje TDA, dolžina terapije in vrsta terapije

(psihoterapevtski pristop) nimajo bistvenega vpliva na povezanost med dobro TDA in pozitivnim izidom terapije. Za najboljšo prediktivno vrednost terapevtskega izida pa se po večini izkazuje ocena TDA s strani pacienta, za razliko od ocene terapevta ali neodvisnega opazovalca. Najnižje se v tem primeru s terapevtskim izidom povezuje ocena TDA s strani terapevta, kar je razumljivo, saj je pacient dejanski nosilec terapevtske spremembe, zato je tudi njegovo ocenjevanje TDA v tem kontekstu najbolj relevantno.

### **Interakcija med TDA in vrsto terapije v povezavi z izidom terapije**

Nekaj nedavnih študij pa vendarle kaže, da morda obstaja tudi interakcija med TDA in vrsto terapije v povezavi z izidom terapije. Študiji Arnova in sodelavcev (2013) ter Ormhauga in sodelavcev (2014) sta npr. pokazali, da je TDA močnejše povezana z izidom terapije v kognitivno-vedenjski terapiji za razliko od drugih manj strukturiranih terapij. Pacienti v tej vrsti terapije dosegajo višje rezultate na lestvicah *naloge* in *cilji* kot pacienti v npr. suportivni terapije, medtem ko pri lestvici *navezanost*, med udeleženci različnih vrst terapij ni razlike. (po Arnov in sodelavci, 2013). Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da je za dobro TDA pomembno še vse kaj drugega kot zgolj samo empatično vzdušje in razumevanje, kar poudarja tudi Praper (2004). V tem primeru zelo določena struktura terapije in naloge, ki jih pacienti dobivajo očitno krepijo TDA.

Po drugi strani že omenjene meta-študije kažejo, da ni razlik v povezanosti med TDA in izidom terapije pri različnih terapevtskih pristopih. Meta-analiza Horvatha in Symondsove iz leta 1991 kaže, da je TDA (merjena pri pacientih) povezana z izidom terapije sledeče: psihodinamične terapije 0,17, eklektične terapije 0,28 in kognitivna terapija 0,26. Razlika med temi velikostmi učinka pri različnih terapevtskih pristopih pa se ni izkazala za statistično pomembno. To potrjujeta tudi meta-študiji Flückingerja in sodelavci (2012) in Horvatha in sodelavcev (2011), ki ravno tako ugotavljata, da se različne velikosti učinka pri različnih psihoterapevtskih pristopih ne razlikujejo pomembno med seboj. Študija Horvatha in sodelavcev (2011) navaja sledeče vrednosti velikosti učinka: vedenjsko kognitivna terapija 0,35, psihodinamična terapija 0,29, terapija pri zlorabi substanc 0,23. Je pa pri vseh teh navedbah vseeno videti, da je velikost učinka pri vedenjsko-kognitivni terapiji nekoliko višja kot pri psihodinamični, le da opažena razlika ni statistično pomembna.

### **Recipročnost odnosa med TDA in izidom terapije**

Pomembna povezanost med TDA in izidom terapije lahko nastane ker dobra TDA generira spremembe v simptomih, ker spremembe v simptomih pozitivno vplivajo na zaznavanje alianse ali pa ker obe spremenljivki vzajemno vplivata druga na drugo (Barber in sodelavci, 2009). Malo je študij, ki ustrezno kontrolirajo vpliv vseh teh dejavnikov. Barber in sodelavci (2009) tako navajajo, da je v njihovi študiji predhodno izboljšanje simptomatike pri pacientih

pomembno vplivalo na izboljšanje TDA v peti in pa deseti seansi, izboljšanje TDA pa je nato v nadaljevanju terapije vplivalo na nadaljnje izboljšanje simptomatike. Nadalje tovrstne študije tudi ugotavljajo, da se ob kontroli morebitnega vpliva pozitivne spremembe v simptomih povratno na TDA, vseeno kaže, da dobra TDA generira dober izid terapije, torej neodvisno od povratnega učinka pozitivne spremembe v simptomatiki (Barber in sodelavci, 2009; Arnow in sodelavci, 2013; Xu in Tracey, 2015).

Nekatere raziskave tako odkrivajo recipročni vpliv med TDA in terapevtskim izidom, kjer tako TDA kot terapevtski izid vzajemno vplivata drug na drugega tekom celotnega terapevtskega procesa, hkrati ob kontroli teh spremenljivk. Xu in Tracey (2015) sta tako tekom vseh merenj TDA in terapevtskega izida kontrolirala vplive teh spremenljivk in ugotovila, da tako dobra TDA vpliva na izboljšanje simptomatike, ob hkratni kontroli predhodne simptomatike, kot ugoden terapevtski izid povratno vpliva na TDA, ob kontroli predhodne TDA. Predvsem zgodnje izboljšanje v simptomih lahko v nadaljevanju terapije okrepi TDA (Barber in sodelavci, 2009). TDA tako ni samo faktor, ki ugodno vpliva na terapevtski izid, ampak ja tudi indikator, ki odraža uspešnost terapevtskega procesa znotraj samega procesa terapije.

### **Metodološki problemi pri raziskovanju TDA v povezavi z izidom terapije**

Kljub množici novih raziskav na področju TDA pa vseeno obstaja še vrsta nerešenih metodoloških zagat v zvezi z empiričnim raziskovanjem TDA, ki nekoliko zamegljujejo razumevanje vpliva TDA na izid terapije. Že sama uporaba vprašalnikov ima v terapevtskem kontekstu lahko nekatere pomanjkljivosti, ki se nanašajo npr. na željo prikazati se socialno všečno, sposobnost ocenjevati sebe dovolj realno ipd., vendar so zagate kot jih jaz vidim tukaj še večje.

Najprej se sprašujem ali je dovolj metodološko korektno, če TDA proučujemo tako, da jo merimo zgolj v začetnih fazah terapije oz. v kratkih terapijah. Večina študij ugotavlja za prediktorje izida oceno TDA v začetnih seansah (Luborsky, 1994). Samo nekaj pa je študij, ki merijo TDA v dolgotrajnih terapijah z velikim številom seans (Ardito in Rabellino, 2011). Številne študije, ki sem jih navajala namreč temeljijo na največ nekaj mesečnih terapijah, TDA pa merijo v večji meri v začetnih seansah terapij. Longitudinalnih raziskav TDA v dolgotrajnejših terapijah skorajda ni.

Drugo vprašanje se nanaša na vpliv TDA na pozitiven izid terapije. Raziskovalci za pozitiven izid terapije štejejo zmanjšanje začetne simptomatike in to kot že rečeno pri relativno kratkih terapijah (ki trajajo največ nekaj mesecev). Študij, ki bi dolgoročno (po daljšem času) ugotavljale oz. preverjale doseženi izid terapije pa je zelo malo ali praktično nič. Ena redkih študij, ki ugotavlja, da je pozitiven izid psihoterapije (ki je bil povezan z dobro TDA) opazen še po 6 in 12 mesecih po zaključku terapije je študija Botelle in sodelavcev (2008).

Pozitiven izid za katerega se šteje zgolj upad začetne simptomatike (in to ob koncu terapije oz. kmalu po njej) je nekoliko problematično formuliran pozitiven izid. Ne upošteva namreč vpogleda v celokupno kvaliteto življenja pacienta. Kaj se je zgodilo s pacientovim življenjem po terapiji, kako in s kom živi, kakšne ima odnose s soljudmi, je delovno dejaven, se šola, ima načrte za prihodnost ipd.? Vse to so vprašanja, ki si jih je potrebno postaviti in učinek terapije tako preverjati bolj celovito, vsaj po enem letu, a bolje še kasneje in večkrat.

Nekoliko manjši problem, pa vendar, je, da so študije izvedene tako na homogenih kot heterogenih populacijah pacientov z različnimi psihoterapevtskimi pristopi. Ne ve se tako natančno kako vrsta motnje pri pacientu vpliva na TDA in na izid terapije. Rezultati meta-analiz povezanosti med TDA in terapevtskim izidom tako temeljijo na agregaciji rezultatov različnih vzorcev pacientov z različnimi motnjami. Malo pa je študij ki primerjajo vzorce posameznikov z enako motnjo, ki prejemajo različne vrste terapij (Ormhaug in sodelavci, 2014). Meta-študije (Horvath in sodelavci, 2011; Flückinger in sodelavci, 2012) tako navajajo, da v odnosu TDA – izid terapije tako obstaja precej nepojasnjene variance. Raziskovalci to razlagajo kot normalno posledico zelo različnih študij, ki so analizirane v meta-analizah in ki vključujejo zelo različne paciente z različnimi motnjami, različnimi terapevtskimi pristopi, različno dolžino terapij, različnimi merskimi pripomočki in različnimi ocenjevalci TDA. Ko pa te morebitne moderatorje terapije v nadaljevanju podvržejo statističnim analizam, se v večini primerov ugotovi, da med njimi ni statističnih razlik, kar sem že poudarila v predhodnem tekstu. Tako se konsistentno kaže, da ni bistvenih razlik med vrstami terapije, vrstami motenj pri pacientih in vrsto ocenjevanja TDA, ko gre za odnos med TDA in izidom terapije. Tako še vedno ostaja precejšen del variance v tem odnosu med TDA in izidom terapije nepojasnen.

## Viri:

Ardito, R. B., Rabelino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. Published online 2011 Oct 18. doi: [10.3389/fpsyg.2011.00270](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270)

Arnou, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Klein, D. N., Rothbaum, B. O., Fisher, A. J., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Thase, M. E., Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal for Counseling and Clinical Psychology*. 81(4), 627-638

Barber, J. P., Connolly M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 5(1), 80-89

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*. 16(3), 252-260

Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gomez, A. M., Herrero, O., Ribas, E., Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*. 18(5), 535-542

Byrd, K. R., Patterson, C. L., Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*. 47(4). 631-636

Despland, J.-N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defence mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice Research*. 10(3), 155-164

Flückiger, C., Wampold, B. E., Del Re, A. C., Symonds, D., Horvath, A. O. (2012). How central is alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 59(1), 10-17

Greenson, R. R. (1967). *The Technique and practice of psychoanalysis*. Madison, Connecticut: International Universities Press

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 48(1), 9-16

Horvath, A. O., Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 38(2), 139-149

Lambert, M. J., Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*. 38(4), 357-361

Luborsky, L., (1994). Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Explaining the Predictive success. V: Horvath. A. O., Greenberg, L.S. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. John Wiley and Sons. (38 -50)

Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 68(3), 438-450

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 82(1), 52-64

Praper, P. (1999). Razvojna analitična psihoterapija. Ljubljana: inštitut za klinično psihologijo

Praper, P. (2004). Terapevtska delovna aliansa: od analitičnega do panteoretičnega koncepta. *Psihološka obzorja*. 13(1), 65-83

Taber, B. J., Leibert, T. W., Agaskar, V. R. (2011). Relationship among client-therapist personality congruence, working alliance and therapeutic outcome. *Psychotherapy*. 48(4), 376-380

Xu, H., Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology* 62(3), 351-359