

Terapie zkouška

Tomáš Vojtíšek

2022-10-31

Průběh zkoušky

Zkouška bude mít podobu ústního zkoušení online. Orientační čas zkoušení je 15 minut, každý student/studentka dostane 2-3 otázky z níže uvedených okruhů (odpovídají kapitolám v povinné literatuře a tématům probraným na přednáškách):

Kromě toho máte možnost připravit si vlastní téma mimo tato výše uvedená. Příkladem mohou být třeba negativní účinky terapie, vývoj psychoterapeutů, výzkum psychoterapeutických výcviků apod. Může se jednat také o podrobnější rozpracování některého z výše uvedených témat nad rámec povinné literatury. Připravíte-li si vlastní téma, o kterém budete schopni cca 5 minut sami hovořit, bude toto téma upřednostněno a z výše uvedených okruhů dostanete již jen 1-2 otázky.

V ISu jsou vypsány zkušební termíny, na které se již můžete zapisovat. Termíny jsou vypsány vždy na pondělí a přihlašování je možné do čtvrtka předchozího týdne. V pátek pak pošlu podrobný rozpis časů podle počtu přihlášených (v případě plného obsazení termínu počítejte prosím s rozmezím cca 9-12h).

Podklady

- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/ROM_FIT_FSS.
- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_03_ucinnost.pdf
- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_04_mereni.pdf
- ☒ Kap 2.1. Timulák 2005
- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_02_prikklady.pdf
- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_05_vyzkum_procesu.pdf
- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_09_osoba_terapeuta.pdf

Příprava

- ☒ Téma 1
- ☒ Téma 2
- ☒ Téma 3
- ☒ Téma 4

- ☒ Téma 5
- ☒ Téma 6
- ☐ Téma 7 Napůl
- ☐ Téma 8 Napůl
- ☐ Téma 9 Napůl
- ☒ Téma 10 ??

Revize

- ☐ Téma 1
- ☐ Téma 2
- ☐ Téma 3
- ☐ Téma 4
- ☐ Téma 5
- ☐ Téma 6
- ☐ Téma 7
- ☐ Téma 8
- ☐ Téma 9
- ☐ Téma 10

1. (Ne)vhodné nástroje na změřením efektu terapie

[[Měření účinku terapie]]

Jak operacionalizovat efekt, kýžený výsledek terapie? - různé přístupy se v tom liší.

Signifikance změny

Klinická signifikance Jacobson a Truax (1991) popsali 3 vymezení:

- 1) skóre po terapii je mimo disfunkční populaci (mimo 2 sd od průměru dysfunkční populace ve směru k zdravému fungování)
- 2) skóre po terapii je v rámci dvou směrodatných odchylek průměru zdravé populace
- 3) Skóre po terapii je blíže k průměru zdravé než dysfunkční populace Které kritérium využijeme záleží na datech, které máme k dispozici a na podstatě fenoménu, který řešíme.

Index spolehlivé změny (Reliable change index)

$$RC = \frac{x_2 - x_1}{S_{\Delta}}$$

$$S_{\Delta} = \sqrt{2}(S_E)^2$$

kde $S_E = s_1 \sqrt{1 - r_x}$ $RC > 1.96$ je spolehlivá změna při $p < 0.005$

Kombinace obou kritérií

- Vyléčení = spolehlivá a klinicky signifikantní změna
- Zlepšení = spolehlivá klinicky nesignifikantní změna
- Beze změny = nesignifikantní v obou ohledech
- Zhoršení = spolehlivá změna v negativním směru

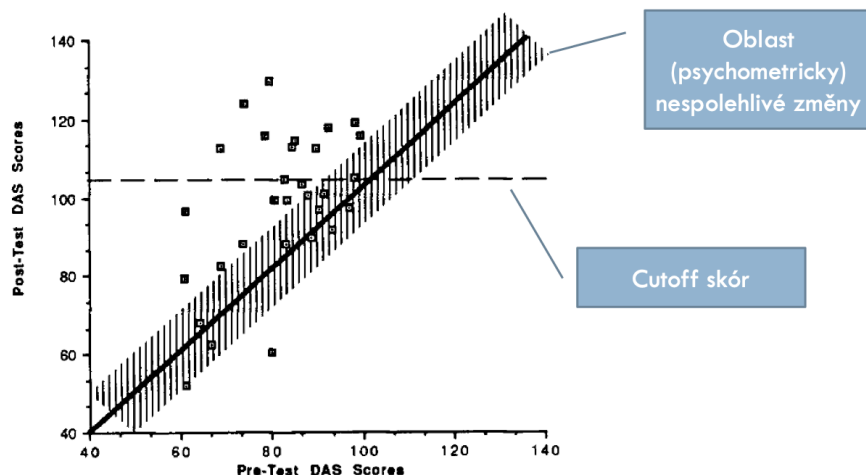


Figure 2 Scatter plot of pretest and posttest scores on the Dyadic Adjustment scale with jagged band showing reliable change index.

Figure 1: Spolehliva-zmena-terapie.png

Zdroj měření výsledků psychoterapie

Sebeposuzování

- **osobnostní:** MMPI - příliš dlouhý, FPI, obecně nejsou nejvhodnější
- **na symptomy zaměřené:**
 - Symptom checklist-90-revised. 9 dimenzí:
 - * Somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hněv-hostilita, fobie, paranoia, psychoticismus
 - * z toho se ale nejčastěji používá *GSI index psychosomatických symptomů*.
 - monosymptomatické metody
 - BDI (Beckerův dotazník depresivity), další..
- **Konstrukty související s Duševním zdravím**
 - Sebeúcta, self-esteem - Rosenbergův dotazník
- **Sociální fungování**
 - dotazník interpersonálních problémů (Horowitz, Rosenberg a další, 1988)
- **Idiosynkratické problémy:**

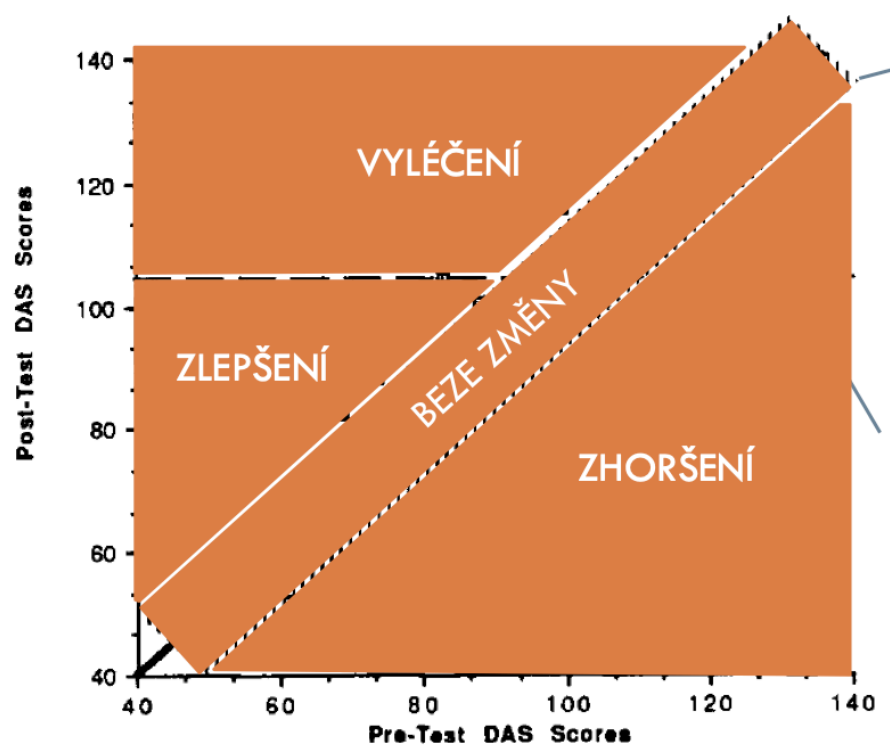


Figure 2: Terapie-zlepseni-zhorseni.png

- citlivé na zachycení efektu, který je občas irrelevantní. Např. Target Complaints (Battle), Personal Questionnaire (Shapiro)
- **Speciální sebesouzovací metody pro měření efektu psychoterapie**
 - Outcome Questionnaire 45 (Lambert) - výzkum dávkování,
 - CORE-OM (Barkham) - 4 dimenze nejlépe ovlivnitelné psychoterapii
 - * Duševní pohoda
 - * Problémy/symptomy
 - * Fungování
 - * Riziko/poškození
 - DeePsy:
 - * Screeningová verze CORE-OM: CORE 10 - větší riziko falešně pozitivních
 - * WHO 5 - duševní pohoda.
 - * C-NIP: Klientské preference: Direktivnost, Rezervovanost/Emočnost, Přítomnost/Mnulost, Konfrontace/Podpora.
 - SRS(-3-B): - session rating scale - postaveno na Bordinově (1979) klasické definici aliance
 - Outcome rating scale (ORS) - jak se vám dařilo v oblastech života: Individuální, vztahová, duševní pohoda, celkový aktuální stav
 - Questionnaire of personal changes (Q-PC)
- **Kvalitativní metody:**
 - Client change interview (CCI), Change after psychotherapy (CHAP)
- **Spokojenost klientů s terapií**

Expertní hodnocení Hamiltonova psouzovací škála deprese - hodnocení projevů deprese expertem a další pro jiné specifické typy problémů Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) - pátá osa DSM-IV

Terapeutické hodnocení verze klíčových starostí (Target complaints)

Hodnocení blízkými rodiče vztah k dětem - seznam dětských symptomů (CBCL Achenbach) Manželé své partnery - Barrett-Lennardův dotazník vztahu: porozumění, respekt, opravdovost, bezpodmínečnost) - pozor na konflikt zájmů

Behaviorální a fyziologické nástroje BMI pro měření anorexie a bulimie, závislost-drug testy, vycházky z domu při agorafobii, počet atak při panické poruše, fyzio projevy při fobiích. Populární u KBT přístupů

Efektivnost vzhledem k nákladům

- cost effectiveness (cena za velikost účinku)
- cost-benefit (snížení počtu návštěv lékaře)

2. Typy designů a jejich specifika (RCT a jeho alternativy)

Termíny

- Efficacy = účinnost v ideálních podmínkách (kontrolovaného experimentu)
- Effectiveness = účinnost v podmínkách běžné praxe
- Efficiency = poměr nákladů a účinku
- outcome = výsledek v konkrétním případě (z mnoha outcome se pak skládají koncepty výše)

Specifika cílů výzkumů

Efficacy (v ideálních podmínkách)

- náhodné přiřazení do skupin, k terapeutům
- kontrolní skupina rigorózně kontrolována
- léčba dle manuálu, kontrolováno
- fixní počet sezení
- čistá diagnóza (bez komorbidit)
- [[#RCT]], [[#n=1 experiment]]

Effectiveness (v reálné praxi)

- Klient si volí terapeuta/přístup/instituci sám
- Menší kontrola kontrolní skupiny,
- variabilní počet sezení
- Méně propracované měření efektu
- často nejsou sledováni po ukončení terapie.
- [[#Naturalistické studie]], [[#kvantitativní deskriptivní případové studie]], [[#Spokojenost zjišťující výzkumné studie]]

Výzkumy: Experimentální, kvaziexperimentální, deskriptivní, n=1, kvali.

RCT

=“Znáhodňované kontrolované klinické zkoušky” náhodné přiřazení do experimentální a kontrolní skupiny. kontroluje například maturaci, efekt měření, reaktivitu, vnější události

Zkoumaný výběr dostatečnou sílu: očekávaný efekt $d = 0.5$ -> každá skupina alespoň 60 osob. homogenní skupiny: vyloučení pacientů s duální diagnózou. Intervenující proměnné

Provedení psychoterapie dle manuálu - sledováno hodnocením nahrávek terapie expertními posuzovateli - adherence a kvalita terapeutovy práce.

Problémy RCT selhání kontroly slabá vnější validita nesleduje **jak** dochází ke změně?

Alternativy RCT

n=1 experiment stejně jako RCT se snaží zachytit kauzální vliv terapie. nejlepší při vývoji nového postupu ABAB forma

kvantitativní deskriptivní případové studie sledují průběh terapie v různých podmínkách, neobsahují variaci v terapeutickém působení.

Intenzivní případové studie doplňuje výše uvedené o pohled klienta - kvali semistrukturované interview.

Naturalistické studie = odpověď na RCT problém vnější validity zjišťuje efekt konkrétní terapie v běžné praxi. Není zajištěna kontrola homogenity ani kvality, není znáhodňováno, tedy dochází k sebeselekcí.

Spokojenost zjišťující výzkumné studie = jednoduché sebesdělující dotazníky.

Metaanalýzy

to tu nebudu řešit.

Systematické review, atp.

to tu nebudu řešit.

3. Typy kontrolních skupin; Vztah dávky a efektu

Kontrolní skupiny můžou být různé: - placebo: terapeut ví, že podává "placebo" = narušení double-blind principu, nejde hovořit o placebo v pravém slova smyslu. - čekání na léčbu - nelze zajistit, že nevyhledají pomoc mimo experiment. - Léčba jako obvykle - běžný lékařský postup, v experimentální skupině navíc psychoterapie. - Alternativní léčba - jiná psychoterapie/farmakoterapie vedená v dobré víře. Stejná délka trvání, stejná četnost kontaktu. - kombinovaný (dismantled) výzkumný plán = srovnávání variací terapeutického postupu - ne/využívání behaviorálních technik, atp - Variace v parametrech terapie = různé frekvence, délka setkání,

Dávka a efekt

- ☒ str 59 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>
- vztah počtu terapeutických sezení a dosažené změny - poprvé (Howard et al., 1986)
 - zvlášť pro depresivní, úzkostné, a psychotické pacienty, (skutečně se lišili psychotici od ostatních.)
 - probit analýza, křivky zlepšení

- Howard et al 1993 Třífázový model psychoterapie:
 - remoralizace - zlepšení ve well-beingu
 - remediation (náprava) - redukce symptomů - prožívání životních problémů
 - rehabilitace - zlepšování v celkovém životním fungování
 - **potvrzeno:** skutečně změny wellbeingu předcházely úpravě symptomů a ta předcházela změnám v celkovém fungování.
- Koptý et al 1994
 - převážně úzkostné a náladové poruchy, n = 850
 - probit analýza 64 symptomů z SCL-90 v závislosti na počtu sezení psychodynamické terapie
 - kolik sezení potřeba pro klinicky signifikantní posun 50 % pacientů ?
 - * pro akutní symptomy **5 sezení** (náladovost, bolest hlavy, potřeba kontroly nad věcmi...)
 - * pro chronické **14 sezení** (pocit osamělosti, strach bez příčiny, pocit viny, sebeobviňování...)
 - * pro charakterologické více než **104 sezení** (nedůvěra k druhým, nutkání druhým ublížit, nespavost, pocit izolovanosti, časté hádky...)
 - * u nejčastějších symptomů (přítomno alespoň v 50 % případů a nešlo o charakterové) pro signifikantní zlepšení 50 % pacientů **11 sezení**, pro 75 % **58 sezení**
- Howard et al 1996 profilace pacientů
 - index duševního zdraví - suma škál měřících subjektivní well-being, současné symptomy a fungování v životě.
 - křivky zlepšování (zhoršování) pro jednotlivé pacienty
- Lambert 2001 OQ-45: symptomy, interpersonální problémy a fungování v sociálních rolích. Survival analysis. KBT a eklektičtí terapeuti.
 - pro přechod k normě u **50 % pacientů** bylo potřeba **21 sezení**, u 75 % pak 45 sezení.
 - Spolehlivou změnu (ale ne nutně vyléčení) dosáhlo 50 % pacientů po 7 sezeních, 75 % po 14 sezeních.
 - **Vyřadili nevyлéčené a drop-out pacienty.**
- V návaznosti na to Lambert 2001 křivka zlepšení v závislosti na absolvovaných sezeních podle vážnosti vstupních problémů a včasné pozitivní reakce na terapii:
 - poskytování zpětné vazby terapeutům na základě modelu: 26 % pacientů dosáhlo klinicky signifikantní změny nebo alespoň spolehlivého zlepšení a zhoršilo se pouze 6 %, bez zpětné vazby pro terapeuty se takto zlepšilo pouze 16 % pacientů a zhoršilo až 23 % pacientů.

4. Proměnné na straně klienta ovlivňující efekt

☒ str 64 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

Relativně statické a typické pro klienta před započítáním terapie. (pak tu jsou

proměnné, které se mění v průběhu terapie - ty probíráme v rámci procesu terapie).

metodologické problémy: překrývající se proměnné (confounding variables):
SES -> úspěch v terapii - těžko kontrolujeme další proměnné jako například povaha a vážnost problémů ? - nechápu proč by to mělo být těžké, ale ok.

Efekt terapie

přehled (Lambert & Bergin, 1994)]:

- věk a pohlaví nemají výrazný vliv
- lepší: vyšší IQ, malá rigidita, bohatost zájmů
- horší: vážnost a šíře vstupních problémů a komorbidita (poruchy osobnosti) (také Clarkin & Levy 2004), perfekcionismus (Blatt 1995)
- prediktory také síla ega, sympatie pacienta k terapeutovi.

další přehled (Clarkin et al., 2004)]:

- stádium připravenosti na změnu, schopnost psychologického uvažování apod.

předčasné ukončení

běžně 30-60 % pacientů, kteří s terapií začnou, ukončí předčasně (Reis, Brown 1999)

- ovlivněno skrze: Socioekonomický status a etnicita klienta (zkoumáno v USA)
- hlavně ale proměnné v procesu ([[#6. Interakce léčby a charakteristik klienta]])

Očekávání klienta

souvisí jak se dokončením i s efektem terapie. ([Arnkoff et al., 2002, |Arnkoff, Glass, Shapiro 2002]]):

- očekávání klientů ohledně úspěšnosti a vztah k reálnému výsledku terapie
- rolová očekávání - zda správně předpokládají, co se od nich v terapii vyžaduje
- preference pro jistý typ psychoterapie - **zas tak silně nepredikují**

zhoršení je predikováno:

- Interpersonální potíže
- Závažnost potíží na počátku léčby

5. Proměnné na straně terapeuta ovlivňující efekt

☒ str 66 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

Kompetence terapeuta

většina výzkumů zkoumá terapeutické přístupy a terapeuty považuje za zaměnitelné přitom je to naopak, většina přístupů je účinná podobně, zatímco rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeuty jsou naopak veliké.

Axiologická principy, které nezpochybňujeme, například EAP 2002 statement of ethical principles

- zodpovědnost za důsledky jednání
- neangažovanost v nehumánních, nelegálních či neospravedlnitelných praktikách
- důvěrnost informací
- neposkytují zavádějící nebo klamné informace
- do no harm

to ovšem naráží na kulturně podmíněné předpoklady:

- užívání psychedelik, Ayahuasca v terapii
- půst, meditace jako předpis z terapie
- psychotické stavy jako psychospirituální krize?

Teoretická se liší dle konkrétního terapeutického přístupu. obecně řešíme:

- Sebereflexe: Využívání vlastní subjektivity (Humanistická), sebezkušenost (Systemická) vs vědecký základ a jeho omezenost (KBT)
- Vztah: Otevřenost, autenticita a dialog s klientem (Humanistická); Rozěřířený terapeutický vztah s každým členem rodiny (Systemická); Pozitivní vztah jako podmínka změny (KBT)
- Diagnostika: Klient je integrovaný organismus - důraz na žitý svět (Humanistická); Získávání dat s použitím reliabilních a validních metod, formulace hypotéz a jejich testování (KBT); Vztahová formulace případu, uvědomování si celého systému, přijetí perspektivy členů rodiny (Systemická)
- Intervence: Fenomenologická sebe-explorace a přítomnost, potřeby, klientova zkušenost v terapeutickém vztahu (Humanistická); Prerámování, zvládání negativních interakcí, podpora koheze (Systemická); Znalost mnoha technik, strukturovanost sezení, rozvoj dovedností klienta, direktivita (KBT)

Empirická

- **8 % rozptylu ve výsledcích terapie vysvětleno rozdíly mezi terapeuty**
- **0 % rozptylu vysvětleno rozdíly mezi přístupy**

rozdíly mezi nejlepšími a nejhoršími terapeuty jsou skutečně velké, jak je zachytíme a pochopíme? (Tracey et al., 2014) : 5 typů kritérií

a kotel dalších studií o tom, např (Blatt et al., 1996)

Reputace vnímání druhými jako mistři:

“zkušenost”, “Pokora”, “Věnuje se hlubokému sebepoznání a růstu”, “Kognitivní komplexnost, složitá konceptualizace”, “Vztahová orientace”

Charakteristiky “mistrovských” terapeutů jsou paradoxní (Skovholt & Jennings, 2004)]:

- Drive to mastery **and** a sense of never having fully arrived
- Able to deeply enter another’s world **and** often prefers solitude
- can create very safe client environment **and** can create a ver challenging client environment
- Voracious broad learner **and** focused narrow student
- very open to feedback about self **and** not destabilized by feedback about self a další...

Kompetence

- dodržování manuálů? - není obecně spojeno s výsledkem terapie. (Miller & Binder, 2002)], (Webb et al., 2010)
- Přísné dodržování může dokonce zhoršit výsledky terapie. (Castonguay et al., 1996)], (Henry et al., 1993)

Klientovy výsledky

- Velikost efektu terapie souvisí s víc identitou terapeuta než s formou terapie (Luborsky et al., 1986)], (Beutler et al., 1994)
- Někteří terapeuti v rámci všech přístupů konzistentně vykazují větší efekt ve své práci, zatímco jiní vykazují konzistentně negativní efekt (Beutler et al., 1994)], (Luborsky et al., 1985)

s výsledky nesouvisí:

- Pohlaví terapeuta (Anderson et al., 2009) (Xiao et al., 2017)
- terapeutický přístup (Anderson et al., 2009) (Xiao et al., 2017)
- počet let zkušeností? (Anderson et al., 2009) (Xiao et al., 2017)], ale věk terapeuta souvisí dle Anderson et al. (2009) . A dle Xiao et al. (2017) ne, takže spíš nevíme

s výsledky pozitivně souvisí

- závažnost klientových potíží (Firth et al., 2015) (Saxon & Barkham, 2012)], problematizující: (Dinger et al., 2017)
- délka léčby (Goldberg et al., 2018)
- pracovní zátěž (“caseload”) (Firth et al., 2015) potvrzuje, (Anderson et al., 2009) nepotvrzuje
- Snaha a zájem pomoci pacientům, psychologické zdraví, a psychologická zručnost. (Luborsky et al., 1985)

Důležitost zpětné vazby pro terapeuty

- Terapeuti jen obtížně rozpoznávají (Hatfield et al., 2010) a předvídají (Hannan et al., 2005) zhoršení klientů
- ale zdá se, že terapeuti se ze zpětné vazby neučí (Goldberg et al., 2018)

Pracovní spojení

- kvalita spojení je výsledkem charakteristik a jednání terapeuta (spíše než proměnných na straně klienta) (Del Re et al., 2012)
- Silné interpersonální dovednosti (Najavits & Weiss, 1994)
- Flexibilita, upřímnost, respekt, důvěryhodnost, vřelost, zájem, otevřenost (Ackerman & Hilsenroth, 2003)
- Schopnost zvládat interpersonálně náročné momenty (Anderson et al., 2009)
- (Nissen-Lie et al., 2010)]:
 - Negativní osobní reakce (např. **podrážděnost**, **nedostatek empatie**, frustrace) souvisely s pracovním spojením **negativně**
 - **Profesní pochyby** (např. nedostatek sebedůvěry, pochyby, pocit bezmoci) **souvisely s pracovním spojením pozitivně!**
 - Vřelý interpersonální styl souvisel s pracovním spojením **pozitivně**
 - Používání svých vlastních a klientových emočních reakcí v terapeutickém vztahu, pokud nebylo provázeno vřelým interpersonálním stylem, souviselo s pracovním spojením **negativně**
 - “love yourself as a person, doubt yourself as a therapist”

Vývojová Dělají výcviky lepší terapeuti?

- paraprofesionálové podávají stejné nebo lepší výkony než profesionálové (Durlak, 1979) (pozdější studie potvrzují)
- Délka výcviku je nepatrně spojena s lepšími výsledky klientů a nižší mírou předčasně ukončených terapií (Stein & Lambert, 1995)

6. Interakce léčby a charakteristik klienta

☒ str 68 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

Zkoumá se vhodnost specifické formy psychoterapie pro jistý typ klientů/problémů, případně interakce charakteristik terapeutů a klientů.

- různé formy regresní analýzy, je dobré vyvarovat se experimentálním designům závislejícím na dělbě do skupin dle kontinuálních charakteristik (medián/kvartilové splity) (Snow, 1991).
- Místo toho navrhuje:
 - *Standardní výzkumný plán*: **porovnání regresních přímků** vztahu výsledku terapie a charakteristiky klientů pro porovnávané terapeutické postupy
 - *Výzkumný plán revize léčby*: na základě sledování korelace charakteristiky s efektem léčby **upravujeme léčebný postup pro navýšení**

účinnosti

- *výzkumný plán vhodnosti růstu*: sledovaná charakteristika je zároveň i **předmětem léčby**
- *výzkumný plán diskontinuity regrese*: klienti, u kterých sledovaná charakteristika vysvětluje jejich menší úspěšnost léčbě, jsou vystaveni vlivu, který má **vyvažovat** negativní prognózu.

Výsledky (předběžné)

- Pro klienty s vyšším sklonem odporovat je lepší nedirektivní vedení terapie (Beutler, Moleiro, et al., 2002)
- Pro sebereflekující introvertní introspektivní klienty lepší léčba zaměřená na vhléd (Beutler, Harwood, et al., 2002)
- Pro impulzivní, agresivní a těžko se kontrolující klienty je lepší léčba zaměřená na symptomy
- KBT je lepší pro klienty s jasně formulovanými problémy, zatímco pro ty s nejasnou představou o problému byla KBT nastejno s psychodynamickým interpersonálním přístupem (Stiles et al., 1997)
- vysoký *externalizující styl copingu* (měřeno položkami z MMPI) predikuje úspěšnost (Beckovy) kognitivní terapie, zatímco nízký predikoval úspěšnost suportivní sebeřídící terapie (= forma minimální léčebná podmínky administrované doktorandy), efekt fokusované expresivní terapie (z gestalt terapie) byl na externalizaci nezávislý. Vysoce rezistentní pacienti zaznamenali lepších účinků u suportivní sebeřídící terapie.
- MATCH projekt evaluující nejvhodnější postupy léčby alkoholismu (*Treatment Matching in Alcoholism.*, 2003)]:
 - 81 terapeutů, 1726 pacientů, 12 týdnů terapie.
 - KBT (12 sezení), Motivational enhancement therapy (4 sezení), 12-step facilitace - individuální forma programu anonymních alkoholiků (12 sezení)
 - 21 navzájem se nepřekrývajících operacionalizovaných proměnných s potenciálem pro předpověď diferenciální účinnosti těch tří typů léčby-**nepotvrdily se téměř žádné diferenciální účinky typů léčby**
 - Motivational enhancement therapy byla účinnější než ostatní při léčbě pacientů s vysokou úrovní hněvu (a méně účinná u pacientů s nízkou mírou hněvu)
 - 12-step facilitace byla dlouhodobě (v rámci 3 let po léčbě) účinnější než motivational enhancement therapy u klientů z prostředí, které u nich podporuje pití
 - v prvních 9 měsících byli lidé s nižší úrovní psychiatrické patologie úspěšnější s 12-step programem než s KBT.
 - 12 step byl účinnější než KBT u klientů s vyšší úrovní závislosti (a KBT naopak účinnější s nižší úrovní závislosti).

7. Dotazníkové nástroje na měření terapeutického procesu

☒ str 73 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_05_vyzkum_procesu.pdf
- ☒ limity: 83 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>
- ☐ Metaanalýzy 91 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

Výzkum efektu se ptá zda (a jak moc, případně pro koho) terapie funguje, výzkum procesu se ptá *jak* terapie funguje.

Hill(ová) (1991) rozlišuje 7 typů projevů, na které se zaměřuje zkoumání procesu terapie:

- Okrajové chování (např. neverbální)
- (forma) verbálního projevu
- Skrytý projev - úmysly, reakce klientů na terapeutickou praxi
- obsah výpovědí
- strategie - terapeuta nebo klienta při sezení
- interpersonální fungování (empatie, odpor)
- terapeutický vztah - kvalita terapeutické aliance

Nástroje měření

- Koho se ptáme (klienta, terapeuta = participativní, nezávislého pozorovatele = neparticipativní)
- o kom sbíráme informace (o terapeutovi, klientovi)
- jaký aspekt procesu sleduje
- jaký typ kódování používá (nominální, intervalové stupnice)
- z jaké teoretické orientace, a jaké konstrukty měří (přenos, hloubka prožívání, přítomnost černobílého uvažování)

Aliance Oba dotazníky jdou použít jak v (ne)participativní verzi

Barrett-Lennardův dotazník vztahu (Relationship inventory, RI, 1986):

- měří Rogersem postulované facilitující vztahové podmínky
- 64 položek, polovina reverzně formulovaná
- 4 dimenze:
 - Úroveň přijímání, (váží si mě jako osoby)
 - empatické porozumění, (chce porozumět tomu, jak na věci nahlížím)
 - nepodmíněnost, (terapeutův zájem o mě závisí na věcech, které říkám a dělám)
 - kongruence (terapeut se v našem vztahu cítí příjemně a nenuceně)
- predikuje efekt psychoterapie (Barret-Lennard 1986; Watson, Geller 2004)

Dotazník pracovní aliance (Working Alliance Inventory, Howrath & Greenberg 1989)

- Vychází z Bordinovy koncepce terapeutické aliance rozlišující tři aspekty:
 - shoda na cílech terapie, (máme dohodu o tom, na čem bychom měli pracovat)

- přidělení úloh vyplívajících z terapie (věřím, že způsob, jakým pracujeme na mém problému, je správný)
- pouto mezi terapeutem a klientem (Věřím, že jsem terapeutovi sympatický)
- Prediktor efektu terapie (Horvath & Greenberg 1989)

Hodnocení sezení Therapy Session reports Orlinsky & Howard, 1986 - různé aspekty skončeného sezení.

Comprehensive scale of psychotherapy session constructs Eugster & Wampold 1996

- 9 aspektů sezení z perspektivy klienta i terapeuta:
 - Klientova angažovanost
 - Klientova pohoda (byl zcela uvolněný)
 - klientovo učení se (získal nové porozumění)
 - klientův reálný vztah (jsem byl hostilní)
 - terapeutova angažovanost (jsem převážl aktivní roli)
 - terapeutova pohoda
 - terapeutova expertnost
 - terapeutův interpersonální styl
 - terapeutův reálný vztah

Session impact scale Elliott & Wexler 1994 - měří nápomocné a brzdicí dopady sezení z pohledu klientů. - 3 dimenze: - Nápomocné dopady sezení - úlohy terapie (cítím tlak čelit nebo změnit) - Nápomocné dopady sezení - terapeutický vztah (cítím se podporovaný, chráněný) - brzdicí dopady sezení (cítím se atakovaný, odmítnutý)

Podobný je **Session Evaluation Questionnaire** Stiles & Snow 1984: 4 non-kognitivní dimenze klientova hodnocení sezení - hloubka, hladkost, pozitivnost a živost.

Helpful aspects of therapy form Llewelyn 1988 - kvantitativní hodnocení užitečnosti sezení a jednotlivých událostí v něm + volné otázky -> identifikace pomáhajících událostí v procesu.

Limity výzkumu procesu

Zjednodušování - relevantních proměnných je mnoho na oboustranách, proces je jejich vzájemnou interakcí, a málokdy je zvládnutelné zachytit skutečně všechny relevantní proměnné.

Kontext a zobecnitelnost - drobné alternace terapeutického rámce mohou způsobovat velké rozdíly - efekt měření při sledování nahrávek ze sezení s klientem v rámci výzkumu. -> nutno kontextualizovat výzkum - zachytit rámec, ve kterém probíhala terapie, a co vše ovlivňovalo její průběh. A nebo [[MTMM]] ?

Nelinearita - terapeutický proces je nelineární, různé momenty mají různý účinek a klient je aktivní součástí toho procesu (narozdíl od léčby medikacemi).

Terapeutova přizpůsobivost - už ve výběru vhodné formy léčby, strategií v jejím rámci, způsobu práce. (tím se pak oddaluje od odborného popisu).

Výzkumy proces-výsledek

6 aspektů výzkumu proces-výsledek:

- formální - poskytnutí a implementace terapeutického kontraktu
- technický - pacientovo kognitivní zpracování explorovaných témat či terapeutovy intervence
- interpersonální aspekt - pacientova kooperace nebo odpor
- intrapersonální aspekt - pacientova otevřenost, terapeutova autentičnost
- klinický - pozitivní hodnocení terapeutovy intervence
- temporální - stadium nebo délka léčby

11 z asi 50 procesních proměnných v robustním vztahu s výsledkem terapie: pacientova vhodnost pro terapii, pacientova kooperace-odpor, celkový terapeutický pozitivní vztah, pacientův příspěvek do vztahu, pacientova interaktivní spolupráce, pacientova expresivita, pacientova afirmace terapeuta, reciproční afirmace, pacientova otevřenost/defensivita, momenty s pozitivním dopadem na pacienta v rámci sezení, délka trvání terapie. (orlinsky1994?)

8. Kvalitativní a idiosynkratické metody zkoumání procesu a efektu

- ☑ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/chap/CHAP_VyzkumPsychoterapie2022.pdf
- ☑ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_PQ_CCI.pdf
- ☐ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_pripadove_studie_short.pdf
- ☑ Str 77 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

neparticipativní : Celková procesová analýza - > zapadá do paradigmatu významných událostí.

Participativní měření procesu

Interview Na globální úrovni jako zhodnocení sezení nebo celé terapie klienty i terapeuty (Rhodes Hill Thompson & Elliott, 1994).

Může sledovat obecné otázky - čím byla terapie nápomocná, čím ne.

Nebo specifické věci, například konkrétně konflikt v terapeutickém vztahu.

Asistované vzpomínání např. kvalitativní využití metody **Vzpomínání na interpersonální proces** - hodnocení částí nebo celého sezení po drobných pasážích. Sledují nahrávku a zastaví ji, kdykoli si vzpomenu na své myšlenky v procesu terapie, a ty zprostředkovávají výzkumníkům.

Meta-analýzy

- Klastř 1: Psychoterapie jako proces změny, který se odehrává skrze strukturování zvědavosti a hlubokou angažovanost v hledání vzorců a narativní rekonstrukci.
- Klastř 2: Pečující, cháápající a přijímající terapeuti umožňují klientům internalizovat pozitivní sdělení a zahájit proces rozvoje sebeuvědomění.
- Klastř 3: Odborná struktura utváří důvědyhodnost a srozumitelnost ale vzbuzuje pochyby o terapeutově zájmu.
- Klastř 4: Terapie probíhá jako kolaborativní úsilí zahrnující diskusi o rozdílech
- Klastř 5: Uznání klientova aktérství umožňuje přizpůsobovat intervence jeho potřebám.

Výzkum inspiroval vznik dotazníku CETS - Clients Experiences in Therapy Scale:

- Pattern identification
- disconnection/disengagement
- therapist responsiveness
- client agency
- transformative acceptance

9. Neparticipativní metody zkoumání procesu

☐ str 78 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>

☐ str 83

Přepis terapeutického sezení, jeho hodnocení zaškolenými posuzovateli, shoda mezi posuzovateli jako ukazatel reliability.

Klientovo, terapeutovo vyjádření, nebo jejich interakce.

Hodnotící projevy klienta

rozvoj na klienta zaměřené terapie v 50. letech, vychází tedy z příbuzných teorií.

Škála prožívání (Experiencing scale) Klein et al 1969.

- 7-stupňová škála (hloubka klientova prožívání)
- Kognitivní a emocionální elaborace klientova vyprávění
- Opřeno o Rogersovu koncepci terapeutického procesu
- Více posuzovatelů, několikaminutové segmenty, hodnocena maximální a převažující úroveň hloubky prožívání.
- Klein et al 1986 v přehledu zjištění z užívání škály uvádí:
 - prožívání je možné prohlubovat specifickými intervencemi
 - ve skupinové terapii místa vyšší úrovně identifikovala důležité momenty vývoje skupiny,
 - existuje vztah mezi úrovní prožívání a efektem terapie

- Jde o způsob fungování klienta, ne stabilní osobnostní rys.

škála klientovy vokální kvality (Client Vocal Quality) Rice Koke Greenberg Wagstaff 1979

- posuzovatelé hodnotí hlasové vyjádření klienta na základě:
 - Přízvuku
 - tempa
 - koncového zaběhnutí
 - energie
- a vše zařazují do jedné ze čtyř kategorií hlasové kvality:
 - Zaměřená
 - Externalizovaná
 - Omezená
 - Emocionální
- přítomnost zaměřené hlasové kvality koreluje s efektem na klienta zaměřené a gestalt terapie.

15 metod měřících přenosové interpersonální nastavení klienta, dvě z nich jsou:
 - **Klíčové konfliktní vztahová témata** (Luborsky et al 1990) - posuzování výpovědí pacienta o situacích týkajících se jeho a ostatních lidí včetně terapeuta z nahrávky terapeutického sezení. - v každé epizodě rozlišuje: - Přání ve vztahu k druhým - reakce druhých - reakce klienta na reakce druhých - Hodnotí se dvojím způsobem

Hodnotící projevy terapeuta

Terapeutova škála prožívání (ekvivalent škály prožívání hodnotící exploraci klienta):

- verbální odpovědi - na co reaguje, jakým způsobem se vyjadřuje

škála na hodnocení přesné empatie

škála na hodnocení terapeutovy kongruence

měření dodržování terapeutického manuálu, kvality práce - v rámci prakticky každého výcviku/klinické zkoušky

- škála 1-7, jak často a kvalitně intervenuje v souladu s manuálem (například)

Verbal response category system (Hill1986) - transteorické:

- ujištění
- uzavřené/otevřené otázky
- přeformulování
- reflexe pocitů
- výzva
- interpretace
- sebeodhalení

- bezprostřednost
- informace - o procesu napomáhání, fakta, data
- přímé vedení

Zachycující interakci terapeuta a klienta

docela obecné metody zaměřené na lidskou komunikaci

strukturální analýza sociálního chování (**Structoral analysis of social behavior**):

- každé vyjádření umísťuje do systému kategorií
 - zda je zaměřený na sebe, druhého, nebo introjиковaného druhého k sobě.
 - dále se řadí do 34 kategorií na ose umožňující svobodu-kontrolující, a na ose útořící-afiliativní

10. Paradigma významných událostí

- ☒ 81 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>
- ☐ terapeutické události str 96 <https://kic.ics.muni.cz/e-prezencka.cgi?sysno=000414243>
- ☒ https://is.muni.cz/auth/el/fss/podzim2022/PSYn4160/um/PSYn4160_05_vyzkum_procesu.pdf

ohraničené (časové) segmenty v psychoterapeutickém procesu

předpoklad: některé momenty v procesu jsou významnější než jiné.

nápomocné vs zatěžující události

Metodologie

Kdo událost identifikuje?

- klient
- terapeut
- výzkumník

kdy se data sbírají?

- bezprostředně
- do 48 hodin

nejčastější postupy: rozhovor po terapii, shlednutí záznamu z terapie.

Hodnocení epizod v rámci sezení.

“měření na mikroúrovni” (Heppner 1999) - dvě verze - Hodnocení nápomocnosti jednotlivých terapeutových intervencí na [[Škála#Likert]] z nahrávky sezení - Zkoumání signifikantních událostí identifikovaných po skončení sezení. - může následovat rozhovor s zvlášť s klientem a terapeutem - **Vzpomínání na interpersonální proces** Elliott 1986 - kvali interview o události a kvanti stupnice

na zhodnocení jejich aspektů - **Krátké strukturované vzpomínání** - kratší verze toho výše

Meta-analýza významných událostí

Nápomocné

- Získání nového pohledu na sebe / druhé
- rozvoj nové dovednosti/zvládací strategie
- přijetí sebe/svých problémů
- pocit zplnomocnění
- Pocit zapojení do terapeutického procesu
- pocit, že mě terapeut slyší a přijímá
- pocit bezpečí a důvěry v terapeuta
- pocit osobního spojení/blízkosti s terapeutem

Brzdící

- Pocit emočního zahlcení
- potíže se splněním terapeutického úkolu
- pocit zmatení
- pocit odpojení od terapeuta
- potíže otevřít se
- postrádání vedení ze strany terapeuta
- pocit zranění ze strany terapeuta

nedostatky přístupu významných situací

predikuje množství událostí určitého typu výsledek terapie? - **těžko říct, spíše jen sporadicky**

predikuje shoda mezi klientem a terapeutem výsledek terapie? **Ano**, důležité je ale hlavně zvyšování shody v čase.

Existuje vztah mezi specifičností vzpomínek na události a vnímanou kvalitou sezení? **souvisí kladně s vnímanou efektivností sezení** ale ne s pracovní aliancí ani celkovým zlepšením klienta.

Kritéria pro empiricky validované terapie pracovní komise Divize klinické psychologie APA pro podporu a rozšiřování psychologických procedur

Dobře etablované léčby: 1. Nejméně 2 kvalitní mezisubjektové experimentální plány ukazující účinek jedním nebo více z následujících způsobů: 1. Vyšší než léky nebo psychologické placebo či jiná léčba 2. Ekvivalentní k léčbě už dokázané v experimentech s adekvátní statistickou silou (okolo 30 ve skupině) 2. Velké série experimentálních plánů jednotlivého případu $n > 9$ ukazujících účinnost. Ty musí: 1. Využívat dobré experimentální plány 2. porovnávat intervenci k jiné léčbě 3. Experimenty musí zahrnovat i léčebné manuály 4. Charakteristiky vzorků klientů musí být jasně specifikovány 5. Účinky musí být jednoznačné u nejméně dvou rozličných výzkumníků nebo výzkumných skupin

Pravděpodobně účinné léčby: 1. Dva experimenty ukazující účinnost vyšší než u kontrolní skupiny v pořadí, nebo 2. jeden nebo dva experimenty splňující kritéria 1,3 a 4 ale ne 5 z kritérií pro dobře etablovanou léčbu, nebo 3. Menší množství sérií experimentálního plánu $n > 3$ jinak splňujících kritéria 2,3, a 4 z kritérií pro dobře etablované léčby

další odezvy od jiných divizí apa, od britského department of health. V německu ze zákona psychoanalýza, psychodynamická terapie a behaviorální terapie. (1999) V česku nevím.

Misc

Proces terapie

proměnné predikující zhoršení: - nedostatek empatie - podcenění závažnosti problémů - negativní protipřenos

Problémy dosavadních studií srovnávajících terapeutické přístupy

- nejsou dostatečně reprezentativní ve vztahu k běžným diagnózám (druh, závažnost)
- nejsou rovnoměrně reprezentovány různé pst přístupy (dominuje KBT)
- allegiance by měla být kontrolována také u výzkumníků provádějících metaanalýzy
- jsou potřeba studie, které pomohou rozlišit, které z nabízených vysvětlení je platné
- přínosnější jsou studie zkoumající interakci typu léčby s typem pacienta (ATI) než prosté porovnávání dvou přístupů
- podobným způsobem by se měla zkoumat také dlouhodobá terapie
- je potřeba sledovat i jiné dimenze terapeutické změny než změnu v symptomech

Možná vysvětlení ekvivalentní účinnosti 1. rozdíly v účinnosti mezi přístupy existují, ale nemohly být zachyceny používanými nástroji 2. různé přístupy

dosahují podobných cílů díky různým procesům 3. různé přístupy používají tytéž léčivé faktory (přestože je nezdůrazňují ve svých teoriích změny)

Zdroje

- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
<https://katalog.muni.cz/Record/MUB01000414243>
<https://katalog.muni.cz/Record/MUB01000605522>
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 335–356). Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 145–170). Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (pp. 229–269). John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology, 58*(2), 207–217. <https://doi.org/10.1002/jclp.1144>
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1276–1284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1276>
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 497–504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 52–72. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.52.32769>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship:

- A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Dinger, U., Zimmermann, J., Masuhr, O., & Spitzer, C. (2017). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy: The contribution of patients' symptom severity. *Psychotherapy*, 54(2), 167–174. <https://doi.org/10.1037/pst0000059>
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86(1), 80–92. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.1.80>
- Firth, N., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2015). Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.001>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2018). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychotherapy Research*, 28(4), 532–544. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25–32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441–447. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.441>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. (pp. 143–189). John Wiley & Sons.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). DO THERAPISTS VARY MUCH IN THEIR SUCCESS?. Findings from Four Outcome Studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501–512. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03483.x>
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and Its Determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602–611. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790290084010>
- Miller, S. J., & Binder, J. L. (2002). The effects of manual-based training on treatment fidelity and outcome: A review of the literature on adult individual

- psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 184–198. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.184>
- Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89(6), 679–688. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb00954.x>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627–646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497633>
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapist: Exploring expertise in therapy and counseling*. (pp. xvii, 213). Allyn & Bacon.
- Snow, R. E. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 205–216. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.205>
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182–196. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.182>
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J., & Field, S. D. (1997). Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 889–893. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.889>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Treatment matching in alcoholism*. (pp. xvi, 275). (2003). Cambridge University Press.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Xiao, H., Castonguay, L. G., Janis, R. A., Youn, S. J., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2017). Therapist effects on dropout from a college counseling center practice research network. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 424–431. <https://doi.org/10.1037/cou0000208>