

Bilaga till:

”Upprop för en ny humanistisk psykoterapiutbildning.”
© D. Stiwne, 2014

De humanistiska psykoterapiernas kunskapsbas (evidensgrund).

Vad är humanistisk psykoterapi?

’Humanistisk psykoterapi’ är, liksom *KBT* och ’*Psykdynamisk psykoterapi*’, ett paraplybegrepp för några terapiformer som har sina väsentliga utgångspunkter gemensamt och som brukar sammanfattas som ’den tredje vägen’ för psykoterapi. De vanligaste terapiformerna under denna rubrik är *gestaltterapi*, *existentiell terapi*, *person-centrerad terapi*, *logoterapi* samt *experientiell* eller ’*upplevelsebaserad*’ *terapi*. Hit räknas även vissa kroppsriktade terapier som t ex Gendlin’s ”*focus-terapi*”.

Gemensamt för de humanistiska terapiformerna är att de ser psykisk ohälsa som en följd av svårigheter att leva väl i en komplicerad värld. För att leva väl krävs nämligen att man kan relatera väl till andra, kan hantera besvikelser, göra rättvisa åt sina gåvor, vet vad man vill och kan finna meningsfulla sysslor och anknytningar. Detta bygger i sin tur på att man ser sina möjligheter och sina frihetsgrader och, givet omständigheterna, kan och är beredd att ta ansvar för sina möjligheter. När livet förändras behöver man ha utvecklat tålighet och hållbarhet, behöver förmå lägga saker bakom sig, gå vidare och acceptera tidens gång och livets förgänglighet. Frågor om ’andlighet’, dvs djupa värden som styr klientens inriktning, val och anknytningsstilar är viktiga inslag i humanistisk terapi.

Som kanske anas av denna skrivning är de humanistiska terapierna, ontologiskt sett, grundade i *anti-determinism*, en psykologisk motivationsteori präglad av ’*icke-hedonism*’ och *subjektivism* dvs människan ses som kapabel och förhållandevis fri att skapa och ändra sitt öde, hon ses som i huvudsak styrd av annat än omedelbara och kortsiktiga tillfredställelser och belöningar och hon ses som i grunden altruistisk men kapabel till såväl gott som ont. Vidare ses människan som unik och enbart ytligt lik andra. Istället ses hon leva i en subjektivt konstruerad värld som bara är hennes och som i terapin måste avtäckas, belysas och omprövas som grund för val av nya sätt att leva och handla. Vägen till detta går genom ett fenomenologiskt arbete där terapisituationen blir, tillsammans med terapeuten, en utvecklande miljö och ett litet laboratorium där nya saker upptäcks och utprovas. Den humanistiske terapeutens arbete präglas av ett personligt engagemang, av empati, och av stor respekt för klientens frihet, möjligheter och unika resurser.

De svårigheter och det lidande klienten upplever i form av symtom är viktiga att bearbeta, men fokus ligger mer på ’långa mål’, dvs vad man skall göra sedan, när symtomen inte är lika pressande. Det rör då etablerandet av hållbarhet och ’existentiell hälsa’ dvs. klientens möjligheter att skapa ett liv som är värt att leva, som håller för påfrestningar och som innehåller viktiga aspekter som meningsfullhet, välgrundad intentionalitet och en proaktiv attityd till livet, dvs. att handla för att skapa sin tillvaro istället för att vänta på att den skall ordnas av någon annan eller av ett gynnsamt öde. I terapin bemöts klienten som en kapabel person, mäktig att göra klart för sig och för terapeuten hur hans eller hennes liv skall utformas och att sedan förverkliga detta.

De humanistiska terapiutövarna har en kritisk attityd till överdriven diagnosticering och till medicinering och menar att sådant kan vara av nöden men inte löser klientens grundläggande dilemma: att bygga sin tillvaro på sitt eget värderade vis och att leva det liv och de värden som hon anser omistliga. Det är just detta som de humanistiska terapierna hjälper klienten med.

För en mer utförlig beskrivning av de humanistiska terapiformernas synsätt och metodik hänvisas till standardverket: *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice* (Cain & Seeman, 2001).

Nedan presenteras en uppdatering av de humanistiska terapiernas evidensgrund (kunskapsbas). Vad gäller meta-studierna så sammanfattas där i regel studier som gjorts med olika humanistiska terapiformer i samma analys.

De humanistiska terapierna...

1. ... har i flera och upprepade studier och meta-analyser visat sig ha god effekt för de vanligaste formerna av psykisk ohälsa och har visat sig generellt ha *lika* goda effekter som andra etablerade terapiformer.

De humanistiska terapiformerna har i flera versioner av den i forskningskretsar högt respekterade handboken: *'Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change'* sammanfattats vad gäller deras kunskapsbas (evidensgrund). I de senaste två versionerna av denna handbok (2004 och 2013) sammanfattas läget av forskare som Robert Elliott, Leslie Greenberg och Germain Lietaer. En svensk sammanfattning som rör läget fram till 2006 har tidigare gjorts av Stiwne (Holmqvist & Philips, 2008).

I handbokens 2004-version har gjorts en metaanalys av 125 humanistiska utfallsstudier varav hälften från år 1990 och framåt. Terapierna har valts ut baserade på vedertagna kriterier enligt Chambless & Hollon (1998). Pre-post data från 127 sampel i 112 studier (inkluderande 6.569 klienter) studerades. I termer av kontrollerade studier gjordes 47 jämförelser (omfattande 1.149 klienter) mot väntelistplacerade klienter eller obehandlade sådana och 74 jämförelser mellan humanistiska och icke-humanistiska terapier. Den genomsnittliga pre-post effektstorleken anges till .99 (stor effekt). I RCT - studier var motsvarande effektstorlek .89 medan effektstorleken i helt obehandlade fall var .11 dvs – utan behandling, ingen effekt. I jämförelser mellan humanistiska och icke-humanistiska terapier befanns skillnaden mellan dessa vara +.04, dvs inga skillnader. Korrigeringar för sampelstorlek och annat gav inte heller några skillnader mellan terapimetoder.

I en sammanställning gjord 2008 sammanfattar Cooper (2008) kunskapsbasen för olika terapiformer i mycket förtätad form. Han beskriver hur studier av humanistisk terapi... *support the hypothesis that they are efficacious and effective forms of therapy, with a large pre-post effect size... similar to overall effect sizes of other orientations, such as CBT and psychodynamic therapy, with evidence that they may be efficacious for clients with depressive, traumatic, schizophrenic and health-related problems...* Även i studier gjorda direkt i behandlingsmiljöer visar sig de humanistiska terapierna (här personcentrerad terapi) lika effektiva som andra (Stiles et al, 2008).

I 2013 års version av *'Handbook'* ... inkluderas 199 olika sampel från 186 studier och omfattande 14.206 klienter. Av pre-post-studierna är 31 RCT-studier medan i de jämförande studier (135 jämförelser från 100 studier) som omfattar jämförelser mellan Humanistisk terapi och andra terapiformer var 82 RCT-studier. För pre-poststudierna visades en effektstorlek på .81 (stor) medan samma effekt mätt för dem som ej gick i terapi var .19 (liten). Samma effekter kvarstod då man enbart använde sig av de rena RCT-studierna. I de fall humanistiska terapier jämfördes med andra (135 jämförelser) fann man en skillnad på -.02, och då man använde enbart RCT-studierna fann man i stort sett identiskt resultat, dvs ingen skillnad, generellt, mellan humanistiska och andra terapier. Samma resultat kan man peka på från två stora naturalistiska studier i England (t ex Stiles et al, 2008) där man jämfört resultaten från KBT, psykodynamisk terapi och 'person-centrerad terapi'. I flera studier där humanistiska terapiformer jämförts med KBT har genomgående visats inga skillnader mellan dem. Undantaget är då ospecificerade, 'stödande', insatser använts (ej sk 'bona fide') där KBT visat sig något mer effektivt.

När det gäller specifika problem så har de humanistiska terapiernas effekter klart visats särskilt vad gäller behandling av *depression, mellanmänskliga problem, kroniska medicinska handikapp, självskadebeteende och ångest*. I alla dessa fall har humanistisk terapi visat sig ha goda effekter, likvärdiga med KBT, förutom vad gäller ångesttillstånd och mono-symtomatiska fobier där KBT visat sig något mer effektivt.

Slutsatsen att humanistisk psykoterapi är generellt lika effektiv och verksam som andra etablerade terapiformer är inte något nytt. Den förhärskande åsikten utifrån forskningen idag tycks vara att de etablerade terapiformerna som utförs enligt etablerat protokoll (bona fide) är likvärdiga (Lambert, 2013). Särskilda studier med avsikt att särskilt studera denna fråga, där de olika terapiaspekterna separeras och granskas i vilken mån de bidrar till utfallsvariansen (*dismantling*) visar i huvudsak samma sak. De etablerade terapiformerna, om de ges samma möjlighet att verka och utförs på professionellt vedertaget sätt, visar likartade resultat.

Humanistisk terapiforskning har även genererat många *kvalitativa studier* som ger svar på t ex hur klienter upplever förändring i denna form av terapi och vad den betyder för dem. Forskning av t ex Timulak & Craener (2010) har således frambringt en metod för en 'kvalitativ meta-analys' där klienternas utsagor i olika studier kan sammanfattas och klassificeras i olika beskrivningskategorier. I deras modell beskriver klienterna att förändringen i och efter humanistisk terapi karaktäriseras av: *hoppfullhet och sundare känslomässigt upplevande, acceptans av sårbarhet och nödvändighet av lidande för psykisk utveckling, bättre omhändertagande av sig, upplevelse av tålighet och bättre hållbarhet, upplevelse av påverkansförmåga ('empowerment'), ökad uppskattning av och förändrad syn på andra samt utvecklande av ny mening i det som tidigare upplevts meningslöst och oförståeligt*. Dessa beskrivningar stämmer väl med de syften som humanistisk terapi har – bättre förmåga att leva väl, en annan syn på lidande och sårbarhet och ökad förmåga att värdesätta och involvera sig med andra människor.

Kommentar: Läsaren kanske ställer sig frågan hur det kommer sig att de humanistiska terapierna inte finns med i de rekommendationer för behandling av t ex depression som utfärdas och uppdateras av Socialstyrelsen i Sverige. Svaret är att de *inte* granskats och värderats. Detta är också fallet i en del andra länder och Elliott et al (2013) ger följande svar:

"...research alone will not suffice; the development of treatment guidelines in various countries has in our experience become increasingly politicized, with powerful interest groups dominating the committees charged with reviewing the evidence. These groups determine what counts as evidence, what evidence is reviewed, and how that evidence is interpreted as a basis for formulating treatment guidelines...it is critically important who reviews the research evidence and what their prior expectations or allegiances are.... Committees will only produce fair guidelines if they contain a balanced representation of researchers with varied theoretical allegiances. The implications for HEP's [humanistic psychotherapies] is that they need to put pressure on guideline development bodies for proper representation." (p 526)

Det är angeläget att utformning och uppdatering av de riktlinjer för behandling av t ex depression och ångest som Socialstyrelsen i Sverige har ansvar för i fortsättningen görs så att humanistiska terapimetoder kan få en oväldig bedömning.

2. ... fungerar, liksom övriga terapiformer, bäst med patienter och klienter som väljer just dessa terapiformer för att de ger en 'god passform' för vad gäller synen på människan, på världen och på hur den psykoteraeutiska metoden skall presenteras och utföras (ontologi och epistemologi).

Det finns anledning att tro att psykoteraeut är en mycket mer komplicerad procedur än att leverera rätt teknik till en lydig och följsam patient. Orlinsky et al (2004) har som slutsats av en stor granskning av femtio års forskning som fokuserar process – utfall, dvs vad som leder till effekt, eller utebliven sådan, presenterat en modell som beskriver psykoteraeutens komplexitet och därmed vad forskningen behöver studera för att göra terapiprocessen rättvisa. Denna modell kallas *'The Generic Model of Psychotherapy'* och avser, som namnet antyder, en generellt applicerbar modell som kan användas oavsett behandlingsideologisk eller terapeutisk inriktning. Modellen beskriver 1: Strukturella eller organisatoriska aspekter av terapi. 2: terapins tekniska aspekter. 3: terapins interpersonella aspekter. 4: terapins påverkan på kontrahenternas inre (såväl terapeut som patient). 5: Inom-sessions effekter (på både terapeut och patient), samt 6: temporala mönster och utvecklingsstadier i terapi.

Det väsentliga med denna modell är betoningen av terapiföretagets komplexitet; att både terapeut och klient genomgår en påverkan i processen och att olika aspekter samverkar till terapins lyckande eller misslyckande. Man kan tala om en god eller dålig passform mellan t ex terapins metod och den enskilde klientens personlighet (en terapi passar inte alla), passform mellan terapeutens person och dennes egen metod och teknik (alla blir t ex inte bra KBT- eller humanistiska terapeuter), passform mellan den människosyn och den världsbild som finns som en terapins undertext och den syn på detta som den enskilde klienten har, (en del patienter eller klienter känner sig främmande inför vissa perspektiv som en terapiform står för).

Forskningen på detta område bekräftar att det är *klientens upplevelse och tolkning* av hur terapi löper, hur kontakten med terapeuten är och utvecklar sig, hur trovärdig terapeuten och dennes metod eller teknik är och vilken grad av tro, hopp och förväntan som klienten utvecklar. Det står mycket klart, med utgångspunkt i den forskning som finns – att alla terapeuter inte passar för alla klienter, inte heller för att arbeta med alla typer av problem (Cooper, 2008, Ch 5).

De humanistiska terapierna är mycket uppmärksamma på hur klienten tolkar och befinner sig i terapiprocessen. Med hjälp av *den fenomenologiska metoden* är den humanistiskt verksamme terapeuten ständigt lyhörd för hur den unika klienten avvecklar sig i terapi och efterfrågar klientens respons och uppfattningar genom hela terapiförloppet. I urval för och utbildning av humanistiska terapeuter läggs stor vikt vid att terapeuten skall passa för denna form av terapiarbete och kunna bibehålla sina djupa humanistiska attityder även då terapierna möter svårigheter och terapeuten och klienten belastas.

3. ... uppmärksammar och lägger stor vikt vid etiska överväganden och arbete med stark respekt för den enskildes unika liv och livsomständigheter.

All psykoteraeutövning grundar sig först och främst på etik. Grundläggande för alla psykoteraeutinsatser är den Hippokratiska eden och den terapeutiska professionsetik som är kommen ur denna syn och som skall genomsyra även alla andra medicinska och psyko-sociala insatser. Etik är inte något som kan läras in under grundläggande terapiutbildning för att sedan tas för given i kommande terapiutövning. Etiska överväganden aktualiseras, om man verkligen bryr sig om dessa saker, i snart sagt varje terapiinsats. Till dessa etiska överväganden hör sekretess och konfidentialitet, att handskas med ojämlika maktförhållanden, att avstå från allt som kan förvärra klientens tillstånd, samt att avböja en insats man inte tror sig behärska eller om man anser sig vara fel terapeut för en viss klient.

De humanistiska terapierna går ett steg längre i sina professionella överväganden och avstår generellt från att vara expert på klientens upplevelser eller tolkning av sina livsomständigheter. Det fokus på hur klientens livsomständigheter och livsstil förhåller sig till den psykiska hälsan eller ohälsan har således *inte* som mål att förse klienten med 'rätt sätt' att leva eller ett antal förhållningsregler om hur man skall bete sig. Denna typ av normativt handlande leder enbart till att klienten känner sig klandrad och det är en klart negativ faktor i all terapi (Orlinsky et al, 2004). Den fenomenologiska metoden (van Deurzen & Adams, 2011) avser således hjälpa klienten att framträda och bli synlig för sig själv på det att man skall få en grund för att ompröva sitt förhållningssätt till livets utmaningar och omständigheter. En grundläggande etisk regel är att respektera klientens värdighet och frihet att välja och välja bort. Tvång och sanktioner av alla slag är således helt oförenligt med humanistisk psykoterapi. Överdriven styrning, läxor och mönster för 'belöningar' och liknande, likaså.

4. ... betonar starkt de sk gemensamma terapifaktorerna (generiska).

I psykoterapiforskningen brukar man skilja på sk gemensamma respektive specifika faktorer. De gemensamma faktorerna ('common factors') avser *skolövergripande* (generiska) medan de specifika rör de olika skolornas teoretiskt burna, specifika, 'effektvariabler' (de som orsakar förändringen). De gemensamma faktorerna är sådana som är av betydelse i alla terapier och rör sådant som, exempelvis: *relationen mellan terapeut och klient, inklusive sådant som allians och empati; tro, hopp och förväntan* (ibland kallat terapins 'placebo-effekt'); *terapeutens förmåga att uttrycka värme, respekt och acceptans samt att vara (och framstå) som genuin* samt terapeutens förmåga att få klienten att vara en aktiv part i samarbetet och inte bli passivt väntande på terapeutiska underverk.

Flera av dessa faktorer kommer i själva verket från den humanistiska psykoterapins bas och har definierats och betonats redan för 60 år sedan i Carl Rogers forskning. På senare tid har det emellertid starkt bekräftats att dessa faktorer är mycket väsentliga för terapiutfallet och anses av många forskare som mer betydelsefulla än själva de tekniska eller metodiska insatserna som kännetecknar en viss skola (Lambert, 2013; Cuijpers et al, 2011; Wampold, 2010). Det betyder givetvis inte att 'de gemensamma faktorerna' beskriver en tillräcklig väg för att driva psykoterapi. En effektiv terapi behöver mer än en rätt inställning hos terapeuten och mer än en bra behandlingsmiljö. Men det står helt klart att dessa aspekter beskriver ett *sine qua non* (utan detta intet) för den terapeutiska insatsen. Detta är knappast förvånande eftersom man funnit, i omfattande forskning rörande 'läkekonsten', att patientens relation till sin doktor är den faktor som bäst beskriver hur patienten förhåller sig till att samverka och att göra sin del i läkeprocessen (SBU/Ottosson, 1999).

En humanistisk psykoterapiutbildning kan inte undgå att ägna betydande tid åt att utbilda och forma terapeuter som är kapabla att skapa bästa, gynnsamma betingelser för den terapeutiska insatsen. Detta sker inte av sig själv eller som en följd av, hos den blivande terapeuten, en inneboende fallenhet och förståelse för dessa insatser. Att hjälpa terapeuten att utveckla hög grad av '*ethos*' (professionell trovärdighet) är väsentligt för att undvika fall av avbrott och avhopp från terapi, som idag, i mycken forskning, tyvärr visat sig vara fallet. Kan inte klienten fås att känna förtroende för terapeuten och för det gemensamma terapiåtagandet leder detta ofta till avbrott, förvärrade symtom, besvikelser och en utdragen behandlingsprocess. Sådant är mycket angeläget för en humanistisk terapeut att undvika.

5. ... accepterar att terapeuter är olika, olika skickliga och i ständig utveckling. Därför måste utbildningen av humanistiska terapeuter fokusera på terapeutens person, dennes lämplighet och professionella utvecklingsbarhet.

En liten forskningsgren som dock ökar i betydelse rör vilken effekt terapeuten har på utfallet av terapi. I flera studier sedan 1980 har man genomgående funnit att terapeuter varierar mycket i effektivitet. Det rör dels dagsformen och var man befinner sig i sin professionella karriär, men särskilt tycks det röra personliga egenskaper som empatisk förmåga och kapacitet att involvera klienten i det terapeutiska arbetet. I en stor studie (Okiishi et al, 2003) studerades, på ett stort terapeut och klientsample (127 terapeuter, 7628 klienter) hur utfallet av terapi (oftast mild eller måttlig depression) var relaterat till olika terapeuter. Skillnaden mellan terapeuter var stor, medan man inte fann några skillnader mellan de metoder terapeuter sade sig utöva (KBT, Psykodynamisk, Humanistisk). De mest effektiva terapeuterna behövde 6-7 sessioner för att uppnå god effekt medan de sämsta behövde upp till 94 sessioner, eller två års bearbetning för samma resultat. De mer effektiva terapeuterna hade en effektkurva som visade på en 3,5 ggr snabbare återhämtning än de sämsta terapeuterna som i många fall rent av försämrade klientens tillstånd.

Det har sedan länge noterats att det inte är korrekt att i forskning hålla terapeutfaktorn som en konstant utan att den måste behandlas som en variabel som måste mätas (eller kontrolleras). Terapeuter är inte lika (bra) och skicklighet tycks bara svagt relaterat till erfarenhet (antal år) (Orlinsky & Rönnestad, 2005). Konsekvenserna för utbildning är dock klara: utbildning av terapeuter måste fokusera på terapeuters kapacitet och lämplighet, inte bara på deras förmåga att följa en given teknik. Det individualterapeutiska företaget rör ett subtilt samspel mellan två personer som

båda påverkas och påverkar processen. I humanistisk terapi, liksom i sådan utbildning, satsas mycket på att genomlysas terapeutens personliga egenskaper och hur dessa visar sig i och påverkar terapiprocessen. Även utvärdering av terapier i *verkliga* behandlingssituationer bör belysa *terapeutens* kapacitet och terapeuter, kanske mer än terapimetoder, behöver evidensbaseras (Lambert, 2013). Detta arbete återstår helt att utföra i Sverige, men kan etableras i samband med att den humanistiska terapin återintroduceras i landet.

Slutkommentar

Den psykiska ohälsan i Sverige är utbredd och oroväckande. I europeiskt perspektiv hamnar Sverige inte väl till vad gäller förekomst av fall där psykiska problem ligger bakom sjukskrivningar och arbetsoförmåga. Sverige ligger på tredje plats vad gäller konsumtion av antidepressiv medicin och på övre halvan vad gäller fall av självmord och självskadebeteende. Inte minst oroande är de problem som unga vuxna visar i allt högre utsträckning. Vad gäller psykoterapi så är den visserligen generellt hjälpsam men det förutsätter att klienten kommer till behandlingen, finner denna meningsfull och hjälpsam och intar en aktiv roll i behandlingsarbetet. I verkligheten kommer många klienter inte alls till kvalificerad terapi utan sätter sin lit till okvalificerade självhjälpprogram. Andra väntar mycket länge innan de söker hjälp och andra börjar en terapi men fullföljer den inte. Man räknar t ex med att ca 25% av dem som påbörjar antingen medicinering eller psykoterapi mot depression avbryter behandlingen medan minst 35% återfaller inom ett år. (Moras, 2006; Lambert, 2013). Riskerna med att inta psykofarmaka under längre tid har också, på senare tid, uppmärksamats. Trots stora insatser och kostnader från samhällets sida kan man knappast säga att den psykiska hälsan i landet generellt förbättrats.

Det är uppenbart att nya behandlingsmetoder måste utprövas och tillämpas i Sverige som i andra länder. I detta arbete har de humanistiska terapiformerna en särställning eftersom de redan befunnits verksamma och används med framgång på andra håll. De humanistiska terapiformerna är nu på väg att etablera sin närvaro på många håll, världen över (Längle & Kriz, 2012). Men, som refererats ovan, har det psykoterapeutiska arbetsfältet redan politiserats (Elliott et al, 2013) vilket gör att nya behandlingsformer får små möjligheter att visa sina goda effekter och sina annorlunda möjligheter. Detta har hittills gällt för de humanistiska psykoterapierna i Sverige. *Det upprop för en ny humanistisk psykoterapiutbildning* som det som skrivs här är avsett som en bilaga till, är en argumentation som avser komma till rätta med och korrigera en sådan brist.

Referenser:

- Cain, D.J., & Seeman, J. (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. [Appendix: The Efficacy and Effectiveness of Different Therapeutic Orientations] London: Sage
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., & Anderson, G. (2009). Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *International Psychogeriatrics*, 21, 16-24.
- Van Deurzen, E., & Adams, M. (2011). *Skills in Existential Counselling and Psychotherapy*. (Ch 3) London: Sage.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. (ch 11, pp 493 – 539). In: M. J. Lambert, (ed). (2004). *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed).
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. (Ch 13, pp 495- 539). In M. J. Lambert, (ed). (2013). *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed).
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Lambert, M.J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert, (ed). (2013). *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed).
- Längle, A.; & Kriz, J. (2012). The Renewal of Humanism in European Psychotherapy: Developments and Applications. *Psychotherapy*, 49, 430 – 436.

- Moras, K. (2006). Twenty-five years of psychological treatment research on unipolar depression in adult outpatients: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 16*, 519 – 525.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J.C. Norcross, (Ed.), *Psychotherapy relationships that works: Evidence-based responsiveness*. (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., & Ogles, B.M. (2003). Waiting for super-shrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 361 – 373.
- Orlinsky, D.E., & Rönneblad, M.H. (Eds.), (2005). *How psychotherapists develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Orlinsky, D.E., Rönneblad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change, (Ch 8, pp 307 -389). In: M.J. Lambert, (ed). (2004). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed).
- SBU/Ottosson, J-O. (Red.) (1999). *Patient-Läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Mellor-Clark, J, & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological medicine, 38*, 677-88.
- Stiwne, D. (2007). Vad är verksamt i humanistisk psykoterapi? I: R. Holmqvist & B. Philips (Eds): *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Timulak, L., & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of personcentred/experiential therapies. In M. Cooper, J. C. Watson, & D. Holledampf (Eds.), *Person-centred and experiential psychotherapies work*. Ross-on-Wye, U.K.:PCCS Books.
- Wampold, B.E. (2010). The research evidence for common factors. Models: A Historically Situated Perspective.(Ch 2, pp 49-82) In. B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & Hubble, M.A.: *The Heart and Soul of Change. Delivering what works in Therapy*. (2nd ed). Washington: American Psychological Association.