IZVAN TERAPIJE

Ka relacionim i procesno zasnovanim modelima ljudske transformacije

Interdisciplinarni pregled, zasnovan na dokazima, o ishodima psihoterapije, trajnosti promena, mehanizmima i strukturnim granicama

OBUHVAT

Ovaj izveštaj postavlja namerno usko pitanje: šta nam najsnažniji savremeni dokazi dozvoljavaju da kažemo o delotvornosti i ograničenjima psihoterapije onakve kakva se danas proučava i sprovodi? Ovaj rad predstavlja kritički interdisciplinarni pregled dostupnih dokaza, a ne formalni sistematski pregled literature. Prednost se daje velikim meta-analizama, sistematskim pregledima, studijama rutinske prakse, sintezama odnosa procesa i ishoda i istraživanjima personalizacije, povratnih informacija i dinamičkih modela promene.

Marijo Kržić

NEDS Institute — Nezavisno istraživačko odeljenje

Avgust 2026. | Istraživački izveštaj / temeljni rad

Izvršni sažetak

Psihoterapija deluje. To je nužna polazna tačka — i ujedno tačka od koje ozbiljna procena tek mora da počne.

Kod velikih mentalnih poremećaja, kontrolisana ispitivanja dosledno pokazuju da etablirani psihološki tretmani nadmašuju neaktivne kontrolne uslove i, u mnogim okruženjima, uobičajeni tretman. Međutim, prosečna efikasnost nije isto što i pouzdan oporavak pojedinca. Velika meta-analiza iz 2024. godine, koja je obuhvatila 441 randomizovano ispitivanje i 33.881 pacijenta, utvrdila je apsolutne stope terapijskog odgovora od približno 42% za veliki depresivni poremećaj, 38% za PTSP, OKP i panični poremećaj, 36% za generalizovani anksiozni poremećaj, 32% za socijalni anksiozni poremećaj i specifičnu fobiju, i 24% za granični poremećaj ličnosti (Cuijpers et al., 2024). To su klinički značajni efekti, ali istovremeno znače da izostanak odgovora nije marginalna pojava: kod većine proučavanih poremećaja, većina pacijenata do završetka tretmana nije ispunila uobičajeni kriterijum terapijskog odgovora.

Ista razlika postaje vidljiva kada se umesto terapijskog odgovora posmatra remisija. U meta-analizi 228 ispitivanja psihoterapije depresije iz 2021. godine, 41% pacijenata ostvarilo je terapijski odgovor, a približno jedna trećina remisiju; oko 5% se pogoršalo, u poređenju sa 12–13% u kontrolnim uslovima (Cuijpers et al., 2021). Psihoterapija, dakle, donosi stvarnu korist i smanjuje rizik pogoršanja u odnosu na izostanak ili minimalni tretman, ali i dalje ostavlja veliki deo pacijenata sa simptomima ili funkcionalnim oštećenjima.

Najvažnija slabost nije u tome što je psihoterapija neefikasna. Problem je što su njene koristi neujednačene, nedovoljno personalizovane, često procenjivane kroz kratkoročne simptomatske ishode i nisu dosledno oblikovane tako da obezbede trajnost, prenos promene u različite kontekste ili rano prepoznavanje neuspeha tretmana. Dobici u funkcionisanju i kvalitetu života obično su manji od smanjenja simptoma; dugoročno praćenje je oskudno; ishodi u rutinskoj praksi mogu zaostajati za rezultatima ispitivanja efikasnosti; a relaps ostaje čest čak i nakon uspešnog akutnog tretmana (Kamenov et al., 2017; Steinert et al., 2014; van der Lem et al., 2012). Istovremeno, intervencije za prevenciju relapsa mogu smanjiti rizik ponovne pojave poremećaja, što pokazuje da trajnost nije nepromenljiva osobina ishoda, već nešto što se može aktivno graditi (Krijnen-de Bruin et al., 2022).

Druga slabost odnosi se na preciznost objašnjenja. Istraživanja psihoterapije sve su bolja u pokazivanju da terapijski paketi u proseku deluju, ali su znatno manje sigurna u to na koje procese promene treba usmeriti intervenciju kod koje osobe, u kom trenutku i pod kojim kontekstualnim uslovima. Terapijski savez, empatija, razrešenje ruptura, angažovanost pacijenta, očekivanja i drugi relacioni ili terapeutski procesi pokazuju robusne veze sa ishodom. Jedan umbrella pregled iz 2026. godine utvrdio je veće prosečne povezanosti procesa i ishoda za procese vezane za terapeuta, odnos i pacijenta nego za tehničke procese, iako te povezanosti nisu automatski uzročne i ne znače da su tehnike suvišne (Gómez Penedo & Flückiger, 2026).

Polje već reaguje na ove probleme. Procesno zasnovana terapija, mrežni pristupi psihopatologiji, terapijska praksa vođena merenjem, rutinsko praćenje ishoda i povratne informacije, precizno mentalno zdravlje i idiografske metode vremenskih serija udaljavaju se od jednostavne logike „dijagnoza → protokol → prosečan ishod“ i kreću ka modelima pojedinca koji se kontinuirano ažuriraju. Njihov potencijal je značajan, ali nijedan od ovih pristupa još nije rešio problem personalizacije, niti bilo koji opravdava odbacivanje dobro potkrepljenih tretmana specifičnih za određene poremećaje. Pravac razvoja zato je preciznije opisati kao integraciju i reorganizaciju nego kao zamenu.

> **KLJUČNI ZAKLJUČAK**
>
> Savremena psihoterapija je klinički korisna, ali je strukturno nepotpuna kao tehnologija trajne promene. Nerešena granica više nije samo pitanje „Koja škola deluje?“, već: „Koji procesi održavaju teškoće ove osobe, koji se procesi sada menjaju, kako terapijski odnos učestvuje u toj promeni, koliko je nova organizacija stabilna kroz različite kontekste i stresna stanja i koliko brzo tretman može da se prilagodi kada putanja počne da podbacuje?“

Domen	Najbolje potkrepljen nalaz	Odgovorno tumačenje
Akutna efikasnost	Psihoterapije nadmašuju neaktivne kontrolne uslove i uobičajeni tretman kod više poremećaja.	Psihoterapija je praksa zasnovana na dokazima; svaka kritika mora poći od te činjenice.
Apsolutni ishod	U velikoj meta-analizi iz 2024. stope terapijskog odgovora za osam poremećaja uglavnom su bile u rasponu 24–42%.	Prosečnu efikasnost ne treba mešati sa pouzdanim oporavkom većine pacijenata.
Remisija / funkcionisanje	Remisija je ređa od terapijskog odgovora; poboljšanja funkcionisanja i kvaliteta života često su manja od smanjenja simptoma.	Poboljšanje simptoma jeste važno, ali samo po sebi nije dovoljna definicija oporavka.
Trajnost	Relaps ostaje značajan problem, ali ciljane intervencije za njegovu prevenciju mogu smanjiti rizik.	Trajnost je pitanje dizajna tretmana, a ne dokaz da terapija nema dugotrajan efekat.
Proces	Terapijski savez i procesi vezani za terapeuta, odnos i pacijenta predviđaju ishode; važni su i tehnički procesi, ali u proseku imaju slabije povezanosti.	Polju su potrebni modeli koji integrišu tehniku sa odnosom, osobom i kontekstom.
Personalizacija	Postojeći dokazi još su slabi kada treba u realnom vremenu izabrati optimalan proces ili intervenciju za pojedinca.	Sledeća granica razvoja je adaptivni, idiografski tretman, a ne još jedan prosečni protokol.

1. Šta znači da psihoterapija „deluje“?

Svaka ozbiljna procena psihoterapije zavisi od toga kako se definiše ishod. Literatura često sabija nekoliko različitih postignuća u jednu reč — „efikasna“ — iako se ona klinički razlikuju. Pacijent može značajno da se poboljša, a da ne postigne remisiju; može simptomatski da uđe u remisiju, a da ne povrati profesionalno ili relaciono funkcionisanje; može uspešno da završi tretman i kasnije doživi relaps; ili može pokazati statistički značajno smanjenje simptoma koje subjektivno ili funkcionalno ne predstavlja duboku promenu. Prvi zadatak je zato razdvojiti ove ishode.

Ishod	Operacionalno značenje	Zašto je važno
Smanjenje simptoma	Smanjenje na simptomatskoj skali, ponekad statistički značajno, ali ne nužno i klinički veliko.	Može preuveličati oporavak kada zaostanu rezidualni simptomi ili funkcionalno oštećenje.
Terapijski odgovor	Obično ≥50% smanjenja težine simptoma u odnosu na početno stanje.	Koristan pokazatelj akutne efikasnosti, ali osoba koja je ostvarila odgovor i dalje može ispunjavati dijagnostičke kriterijume ili ostati funkcionalno oštećena.
Remisija	Simptomi padaju ispod unapred definisanog kliničkog praga.	Bliža je oporavku od samog terapijskog odgovora, ali može biti privremena i ne garantuje obnovljeno funkcionisanje.
Pouzdana / klinički značajna promena	Poboljšanje prevazilazi grešku merenja i/ili prelazi u neklinički opseg.	Dodaje kliničko značenje na nivou pojedinca, izvan grupnih veličina efekta.
Funkcionalni oporavak	Obnavljanje profesionalnog, socijalnog, relacionog i svakodnevnog funkcionisanja i kvaliteta života.	Obuhvata ono što mnogi pacijenti zaista podrazumevaju pod „vraćanjem sopstvenog života“.
Trajna remisija	Poboljšanje opstaje tokom praćenja, pod stresorima i u promenjenim kontekstima.	Razlikuje privremeno potiskivanje simptoma od stabilne adaptacije.
Prevencija relapsa	Smanjena verovatnoća ili odloženi povratak prethodnog poremećaja nakon terapijskog odgovora/remisije.	Direktno proverava da li je tretman izgradio otpornost koja prevazilazi akutnu fazu.

Ova razlika odmah menja način na koji se tumače istraživanja psihoterapije. Standardizovane razlike srednjih vrednosti mogu pokazati da se tretirane grupe poboljšavaju više od kontrolnih, ali kliničaru ne govore koliko se

ljudi oporavi, koliko ostane bez promene, koliko se pogorša ili koliko kasnije doživi relaps. Zbog toga su Cuijpers i saradnici naglasili apsolutne ishode: kada je kliničko pitanje „Koliko često pacijent zaista ostvari terapijski odgovor ili remisiju?“, proporcije su informativnije od same veličine efekta (Cuijpers et al., 2021, 2024).

Dodatna komplikacija je to što se simptomatski ishodi mere češće i intenzivnije nego funkcionisanje, kvalitet života, stabilnost odnosa, profesionalno učešće ili generalizacija ponašanja. U ispitivanjima depresije, psihoterapija i farmakoterapija poboljšavaju funkcionisanje i kvalitet života u poređenju sa kontrolama, ali su efekti uglavnom mali do umereni i manji od efekata na težinu depresivnih simptoma (Kamenov et al., 2017). Ova razlika nije argument protiv merenja simptoma; ona je argument protiv toga da se promena simptoma izjednačava sa celokupnim ishodom.

2. Šta dokazi o ishodima zaista pokazuju

2.1 Psihoterapija ima stvarnu efikasnost

Kredibilna kritika mora da odbaci dve suprotne distorzije. Prva je promotivna: pretpostavka da empirijski podržana terapija deluje kod većine ljudi zato što je njen prosečan efekat statistički značajan. Druga je nihilistička: tvrdnja da je psihoterapija tek placebo, razgovor ili ritual bez specifične kliničke vrednosti. Dokazi ne podržavaju nijedan od ta dva ekstrema.

Meta-analiza Cuijpersa i saradnika objavljena 2024. u časopisu World Psychiatry daje neuobičajeno jasnu sliku kroz više poremećaja, jer izveštava o apsolutnim stopama terapijskog odgovora, a ne samo o standardizovanim veličinama efekta. U 441 randomizovanom ispitivanju sa 33.881 pacijentom, psihoterapije su bile superiornije od kontrolnih uslova, ali je apsolutna stopa odgovora ostala umerena kod svakog proučavanog poremećaja (Cuijpers et al., 2024).

Poremećaj	Stopa terapijskog odgovora na psihoterapiju (objedinjena)	Tumačenje
Veliki depresivni poremećaj	42% (95% CI 39–45)	Snažni dokazi o koristi; većina pacijenata ipak nije ispunila kriterijum terapijskog odgovora.
PTSP	38% (33–43)	Klinički značajna efikasnost uz i dalje veliki udeo izostanka odgovora.
Opsesivno-kompulzivni poremećaj	38% (30–47)	Efikasne intervencije postoje, ali terapijski odgovor je daleko od univerzalnog.
Panični poremećaj	38% (33–43)	Prosečna korist od tretmana ne znači izvesnost za pojedinca.
Generalizovani anksiozni poremećaj	36% (30–42)	Većina nije dostigla uobičajeni prag terapijskog odgovora.
Socijalni anksiozni poremećaj	32% (29–37)	Poboljšanje je stvarno, ali apsolutna stopa terapijskog odgovora ostaje ograničena.
Specifična fobija	32% (23–42)	Snažni relativni efekti mogu postojati istovremeno sa umerenim procenama apsolutnog terapijskog odgovora.
Granični poremećaj ličnosti	24% (15–36)	Klinička složenost ogleda se u niskoj apsolutnoj stopi odgovora uprkos aktivnom tretmanu.

Konkretno za depresiju, meta-analiza 228 randomizovanih ispitivanja iz 2021. godine utvrdila je stopu terapijskog odgovora od 41% za psihoterapiju, naspram 17% za uobičajeni tretman i 16% za listu čekanja. Približno jedna trećina pacijenata postigla je remisiju. Pogoršanje je zabeleženo kod oko 5% učesnika u psihoterapiji, u poređenju sa 12–13% u kontrolnim uslovima (Cuijpers et al., 2021). Najodgovornije tumačenje zato mora zadržati oba dela slike: psihoterapija značajno povećava verovatnoću poboljšanja i smanjuje verovatnoću pogoršanja, ali kod velikog dela pacijenata ipak ne dovodi do terapijskog odgovora ili remisije.

2.2 Jaz između efikasnosti i delotvornosti je stvaran, ali nije ujednačen

Kontrolisana ispitivanja efikasnosti optimizuju unutrašnju validnost: terapeuti mogu dobijati intenzivnu obuku i superviziju, prati se vernost protokolu, procena je strukturisana, a kriterijumi uključivanja mogu smanjiti heterogenost. Rutinska praksa uključuje više komorbiditeta, socijalne složenosti, konkurentnih stresora, neujednačene resurse kliničara i nedosledno merenje. Jaz između efikasnosti u kontrolisanim uslovima i delotvornosti u praksi zato je verovatan, ali njegova veličina zavisi od poremećaja, službe, kvaliteta primene i izabranog poređenja.

Direktno poređenje kod blage do umerene velike depresije pokazalo je nižu stopu remisije u rutinskoj praksi nego u meta-analizama RCT studija: individualna psihoterapija imala je 27% remisije u rutinskoj praksi, naspram raspona od 34–58% u literaturi o efikasnosti, uz veličinu efekta unutar grupe od 0,85 naspram 1,71 (van der Lem et al., 2012). Ova studija je starija i odražava jedan sistem pružanja usluga, pa je ne treba mehanički generalizovati na svu savremenu psihoterapiju. Njena vrednost je konceptualna: terapijski paket sa snažnom efikasnošću u ispitivanjima može izgubiti deo delotvornosti kada se prenese u promenljivost svakodnevne prakse.

Moguće je i obrnuto: kvalitetne rutinske službe koje koriste pažljivo praćenje, obuku i povratne informacije mogu postići snažne ishode. Zato relevantno strukturno pitanje nije da li je „terapija u realnom svetu“ inherentno slabija, već koje se osobine istraživačkih uslova gube u prenosu — selekcija slučajeva, merenje, supervizija, vernost modelu, prilagođavanje tretmana, vreme kliničara, kontinuitet ili organizaciona podrška — i koje od njih mogu da se rekonstruišu u redovnoj praksi.

2.3 Funkcionisanje i kvalitet života zaostaju za promenom simptoma

Tretman mentalnog zdravlja često se procenjuje simptomatskim skalama zato što su standardizovane, osetljive na promenu i lake za poređenje između ispitivanja. Pacijentima su, međutim, često važni širi ishodi: povratak na posao, normalan san, održavanje odnosa, tolerisanje konflikta, vraćanje motivacije, donošenje odluka, ponovno uključivanje u društveni život i funkcionisanje pod stresom. U meta-analizi 153 ispitivanja sa 29.879 učesnika sa depresijom, psihoterapija i farmakoterapija dovele su do malih do umerenih poboljšanja funkcionisanja i kvaliteta života (Hedgesov g približno 0,31–0,43), dok su se simptomi poboljšali više nego funkcionisanje i kvalitet života (Kamenov et al., 2017).

Ova neusklađenost je važna zato što terapija može biti „uspešna“ prema svom primarnom simptomatskom ishodu, dok osoba ostaje ranjiva u sistemima koji određuju svakodnevni život. Istraživanje ishoda sledeće generacije zato bi funkcionisanje, obnovu životnih uloga, socijalnu povezanost, bihejvioralnu fleksibilnost i trajnost trebalo da tretira kao ravnopravne primarne ishode, a ne kao dekorativne sekundarne pokazatelje.

3. Trajnost: poboljšanje nije isto što i stabilnost

Relaps se često retorički koristi kao dokaz da psihoterapija „zapravo ne deluje“. Taj zaključak je previše grub. Pravo pitanje je da li se postignuti dobici održavaju bolje nego u relevantnim uslovima poređenja, koliko često se relaps javlja uprkos početnom uspehu i da li tretman izričito obučava osobu za prevenciju relapsa, umesto da pretpostavlja da će se akutno smanjenje simptoma automatski pretvoriti u dugoročnu otpornost.

Za depresiju, Steinert i saradnici sintetizovali su studije sa praćenjem dužim od dve godine. U 11 studija sa 966 pacijenata, objedinjena dugoročna stopa relapsa nakon psihoterapije iznosila je 39% pri prosečnom praćenju od 4,4 godine. Važno je da je psihoterapija ipak imala manje relapsa od nepsihoterapijskih uslova poređenja (53,1% naspram 71,1% u podskupu sa grupama poređenja; OR 0,51). Autori su naglasili oskudnost podataka, visoku heterogenost i publikacionu pristrasnost (Steinert et al., 2014). Dokazi zato istovremeno podržavaju dve tvrdnje: psihoterapija može imati dugotrajne zaštitne efekte, ali relaps nakon prvobitno uspešnog tretmana i dalje predstavlja značajan klinički problem.

Slika trajnosti razlikuje se i među poremećajima. Meta-analiza KBT-a za poremećaje povezane sa anksioznošću pokazala je održane koristi tokom 12 meseci kod više stanja, dok su dokazi na praćenju od ≥12 meseci bili

značajni za generalizovani anksiozni poremećaj, socijalni anksiozni poremećaj i PTSP, nisu bili značajni za panični poremećaj, a za neka druga stanja bili su nedovoljni. Sam relaps bio je prijavljen u samo šest od 69 randomizovanih ispitivanja, što ukazuje na problem dizajna istraživanja: dugoročna stabilnost često se nedovoljno meri čak i kada je akutna efikasnost dobro proučena (van Dis et al., 2020).

Relaps nije samo neizbežna osobina psihopatologije. Kod osoba sa velikom depresijom u remisiji, psihološke intervencije za prevenciju relapsa smanjile su rizik relapsa/recidiva tokom 24 meseca (RR 0,76, 95% CI 0,68–0,86), uz manje robusne dokaze na dužem praćenju (Krijnen-de Bruin et al., 2022). Ovaj nalaz je strateški važan. On pokazuje da trajnost zahteva sopstvene mehanizme, vežbanje i praćenje. Ne treba pretpostaviti da je terapija optimizovana za održavanje samo zato što je optimizovana za akutnu promenu simptoma.

> **PRINCIP TRAJNOSTI**
>
> Tretman ne treba procenjivati samo prema tome da li može da proizvede promenu u zaštićenom terapijskom kontekstu. Treba ga procenjivati i prema tome da li nova organizacija ostaje dostupna pod stresom, prenosi se u relevantna okruženja, opstaje kroz vreme i može da se obnovi nakon neizbežnih zastoja. Prevencija relapsa zato nije dodatak naknadnoj nezi; ona je deo same arhitekture promene.

4. Problem izbora terapijske mete

Najsnažnija strukturna kritika savremene psihoterapije nije da ona u svakom slučaju cilja „pogrešnu stvar“. Mnogi tretmani izričito ciljaju procese održavanja: izlaganje cilja izbegavanje i učenje pretnje; bihejvioralna aktivacija cilja povlačenje i gubitak potkrepljenja; metakognitivni pristupi ciljaju ruminaciju i brigu; interpersonalne terapije ciljaju obrasce odnosa; dijalektičko-bihejvioralna terapija cilja regulaciju emocija i gubitak kontrole nad ponašanjem. Problem je precizniji: dominantna struktura dokaza i dalje je bolja u identifikovanju terapijskih paketa za dijagnostičke grupe nego u identifikovanju presudnih procesa koji održavaju teškoću kod konkretnog pojedinca u konkretnom trenutku.

Dijagnoza je koristan okvir za komunikaciju i istraživanje, ali ljudi sa istom dijagnozom mogu do nje doći veoma različitim uzročnim putevima i procesima održavanja. Kod jedne osobe depresijom mogu dominirati socijalno povlačenje i gubitak potkrepljenja; kod druge ruminacija, nesanica i hronična interpersonalna pretnja; kod treće tuga, kolaps životnih uloga i izbegavanje; kod četvrte bol, ekonomska nesigurnost i ponovljeno generisanje stresa. Protokol zasnovan na grupnim podacima može biti efikasan u svim tim slučajevima, a da ipak nije optimalno usmeren ni u jednom pojedinačnom slučaju.

To je jaz u personalizaciji opisan u savremenim istraživanjima psihoterapije. Huibers i saradnici tvrde da optimizacija tretmana zahteva snažnije dokaze i o mehanizmima („kako tretman deluje?“) i o moderatorima („kod koga deluje?“), dok pristupi preciznog mentalnog zdravlja sve više kombinuju ponovljena merenja, prediktivne modele i podršku odlučivanju kako bi tretman prilagodili pojedincu (Huibers et al., 2021; Moggia et al., 2024).

Praktični obrazac neuspeha lako je opisati: kliničar može tehnički kompetentno primeniti intervenciju, dok proces koji u tom trenutku održava pacijentovu teškoću ostaje slabo izmeren, pogrešno postavljen kao prioritet ili ga tokom tretmana dinamički zamenjuje neki drugi proces. U takvoj situaciji problem nije nedostatak znanja terapeuta. Problem je nedovoljno dinamička formulacija slučaja.

Strukturno ograničenje	Šta sadašnja praksa radi dobro	Šta ostaje nerešeno
Izbor tretmana zasnovan na dijagnozi	Daje početne tačke zasnovane na dokazima i standardizuje praksu.	Dijagnoza retko određuje individualnu mrežu uzročnih i održavajućih procesa.
Manualizovani protokoli	Poboljšavaju obuku, vernost modelu, ponovljivost i dostupnost.	Fiksne sekvence mogu biti neefikasne kada se dominantni proces promeni ili je slučaj atipičan.
Klinička formulacija	Omogućava individualizovano tumačenje i integraciju.	Često se snažno oslanja na procenu kliničara bez učestalog empirijskog ažuriranja.

Strukturno ograničenje	Šta sadašnja praksa radi dobro	Šta ostaje nerešeno
Izbor tehnike zasnovan na dokazima	Povezuje intervencije sa postojećim istraživanjima.	Dokazi su uglavnom nomotetski: prosečni grupni efekti, a ne usklađenost sa pojedincem iz trenutka u trenutak.
Merenje ishoda	Može utvrditi da li se simptomi poboljšavaju.	Često je previše retko da bi otkrilo dinamiku procesa, rani neuspeh, zavisnost od konteksta ili nestabilnost.

5. Šta zapravo pokreće promenu unutar psihoterapije?

5.1 Rasprava „zajednički faktori naspram tehnika“ zahteva precizniju formulaciju

Psihoterapija je dugo podeljena između objašnjenja koja daju prednost specifičnim tehnikama i onih koja naglašavaju faktore zajedničke legitimnim terapijskim pristupima. Dokazi ne opravdavaju slogan da su „sve terapije iste“, ali ni suprotni slogan da je ishod pre svega direktan proizvod tehničkih sastojaka određene škole. Različite intervencije imaju različit nivo empirijske podrške za određene probleme, a tehnika može biti presudna — izlaganje i prevencija odgovora kod OKP-a očigledan su primer. Istovremeno, istraživanja procesa dosledno pokazuju da terapijski odnos, ponašanje terapeuta, angažovanost pacijenta i očekivanja nisu samo pozadinski uslovi. Oni su statistički povezani sa ishodom u različitim terapijskim pravcima.

je jedna od najdoslednije potvrđenih procesnih varijabli. Meta-analiza Flückigera i saradnika koja je obuhvatila 295 studija pronašla je robusnu povezanost terapijskog saveza i ishoda u psihoterapiji odraslih (Flückiger et al., 2018). Empatija terapeuta takođe pokazuje umerenu povezanost sa ishodom u različitim pravcima i vrstama problema (ponderisani r ≈ 0,28 u 82 nezavisna uzorka; Elliott et al., 2018). Kada se rupture terapijskog saveza uspešno razreše, razrešenje je umereno povezano sa boljim ishodom (r = 0,29 u meta-analizi Eubanks et al., 2018).

Umbrella sistematski pregled iz 2026. godine daje korisnu sintezu različitih kategorija procesa. Gómez Penedo i Flückiger navode prosečne povezanosti od približno r = 0,102 za tehničke procese, 0,227 za procese kod pacijenta, 0,267 za relacione procese i 0,291 za procese vezane za terapeuta. Povezanosti tehničkih Terapijski savez procesa bile su značajno manje nego kod ostalih kategorija (Gómez Penedo & Flückiger, 2026). To su korelacione veze procesa i ishoda, a ne randomizovane analize uzročnog doprinosa. One ne mogu dokazati da empatija „uzrokuje“ više promene od određene intervencije, a neke tehničke varijable teško je pouzdano meriti. Njihov značaj je ipak velik: model psihoterapije koji odnos i učešće pacijenta tretira kao opšte uslove isporuke tretmana opisno je nepotpun.

5.2 Efekti terapeuta i klinike otkrivaju skrivenu varijabilnost

Ishodi se razlikuju ne samo prema modelu tretmana već i prema tome ko ga sprovodi i u kom okruženju. U velikom skupu podataka iz rutinske prakse, koji je obuhvatio 26.888 pacijenata, 462 terapeuta i 30 klinika, Firth i saradnici procenili su početni efekat klinike na 8,2% i efekat terapeuta na 3,2%; merene karakteristike pacijenata i klinika znatno su smanjile efekat klinike, dok je varijabilnost među terapeutima ostala relativno stabilna (Firth et al., 2019). Ove procente ne treba tumačiti kao fiksne univerzalne konstante, ali oni pokazuju jednu osnovnu činjenicu: naziv tretmana ne obuhvata celokupan uzročni kontekst psihoterapije.

Ako isti protokol daje značajno različite ishode kod različitih kliničara i službi, kompetentnost se ne može definisati samo kao vernost proceduri. Pravovremenost, responzivnost, izgradnja saveza, prepoznavanje rupture, emocionalna komunikacija, kulturološka usklađenost, formulacija slučaja i sposobnost kliničara da primeti kada tretman ne deluje postaju deo same tehnologije tretmana.

5.3 Relaciju treba modelovati kao dinamički proces, a ne samo kao skor

Istraživanja terapijskog saveza odnos najčešće operacionalizuju kroz emocionalnu vezu, saglasnost oko ciljeva i saglasnost oko zadataka. Te mere su klinički korisne i prediktivne, ali ne određuju u potpunosti šta relacija čini organizaciji bilo kog od učesnika. Komplementaran konceptualni pravac jeste posmatrati relaciju kao proces uzajamnog uticaja, a ne kao statički kvalitet povezanosti.

MIRA model pravi razliku između kontakta i relacije: kontakt može uključivati interakciju ili razmenu informacija bez značajne reorganizacije, dok se relacija definiše kao interakcija koja proizvodi promenu stanja u jednom ili više sistema koji učestvuju. Kasnija formulacija opisuje dubinu relacije kroz „konfiguracioni uticaj“ i „transformativnu relacionu otvorenost“ — kapacitet sistema da ostane dovoljno otvoren da kroz produžen susret može biti reorganizovan (Kržić, 2026a, 2026b). MIRA je konceptualni model, a ne klinički dokaz, i ne ustanovljava mehanizam psihoterapije. Njena relevantnost ovde je u generisanju hipoteza.

Primena ove razlike na istraživanje psihoterapije otvara proverljiva pitanja koja konvencionalni skorovi terapijskog saveza obuhvataju samo delimično. Da li trenutak relacione perturbacije predviđa merljivu promenu afekta, pažnje, samoorganizacije ili bihejvioralnog izbora u narednim minutima ili danima? Da li pacijentov kapacitet da podnese relacioni uticaj menja efekat tehnički identične intervencije? Da li ruptura i njeno razrešenje proizvode trajne promene očekivanja o sebi i drugima ili samo koreliraju sa ukupnim uspehom tretmana? Može li istorija odnosa objasniti zašto iste reči ili tehnike proizvode različite efekte u različitim fazama tretmana?

> **ISTRAŽIVAČKA AGENDA RELACIONIH PROCESA**
>
> Sledeći korak nije da se istraživanje terapijskog saveza zameni novim rečnikom. Potrebno je operacionalizovati relacionu promenu: uočljive promene u predviđanju, pažnji, regulaciji afekta, organizaciji identiteta, ponašanju i budućem potencijalu reagovanja koje nastaju kroz interakciju. Relacioni model postaje naučno koristan tek kada proizvodi mere i opovrgljiva predviđanja koja prevazilaze postojeće konstrukte.

6. Neuspeh merenja: sistem često prekasno sazna da tretman ne uspeva

Psihoterapija je neobična među složenim intervencijama po tome što se tretman često sprovodi uz oskudne objektivne povratne informacije. Mnogi kliničari procenjuju simptome na početku i kraju tretmana ili se prvenstveno oslanjaju na dijalog tokom seanse i klinički utisak. Zbog toga je teško razlikovati privremeno kolebanje od održanog napretka, rano prepoznati pogoršanje, uporediti očekivanu i stvarnu putanju ili uočiti nesklad između poboljšanja simptoma i funkcionisanja.

Rutinsko praćenje ishoda (ROM) i terapijska praksa vođena merenjem (MBC) razvijeni su da bi zatvorili ovu povratnu spregu. Meta-analiza povratnih informacija o napretku pokazala je da takve prakse poboljšavaju ishode naročito kod pacijenata za koje se predviđa loš ishod, smanjuju pogoršanje i povećavaju stope klinički značajne ili pouzdane promene (Lambert et al., 2018). Veliki pregled implementacije naveo je da je MBC koristilo manje od 20% stručnjaka u bihejvioralnom zdravlju uprkos dokazima o koristi i mogućnosti da se otkriju pacijenti čije bi se stanje inače pogoršalo (Lewis et al., 2019). Noviji pregledi opisuju napredak sistema povratnih informacija, ali naglašavaju da su način primene, angažovanost kliničara i način korišćenja povratnih podataka jednako važni kao samo prikupljanje skorova (McAleavey et al., 2024).

Strukturni problem, dakle, nije nedostatak mera. Problem je slaba arhitektura povratnih informacija. Skala koja se periodično popunjava, ali se ne koristi u kliničkom odlučivanju, predstavlja dokumentaciju, a ne adaptivni tretman. Zaista responzivan sistem zahteva četiri povezane funkcije: učestalo merenje ishoda i relevantnih procesa; model očekivane putanje; eksplicitna pravila odlučivanja o tome kada tretman zadržati, pojačati, promeniti ili ponovo formulisati; i mehanizam za proveru da li je promena strategije zaista poboljšala putanju.

Funkcija povratne informacije	Uobičajena slabost	Zahtev sledeće generacije
Otkrivanje	Napredak se procenjuje uglavnom na osnovu retrospektivnog izveštaja i utiska kliničara.	Kombinovati izveštaj pacijenta, mere ponašanja/funkcionisanja i ponovljene podatke relevantne za kontekst.
Predviđanje	Malo je eksplicitnih očekivanja o putanji upravo ovog pojedinca.	Koristiti prognozu i početne obrasce specifične za osobu radi procene verovatnog toka i rizika neuspeha.
Odluka	Promena strategije često nastupa tek nakon produžene stagnacije.	Unapred definisati pragove za prilagođavanje: izostanak napretka, pogoršanje, ruptura, izostanak funkcionalne generalizacije.
Učenje	Dokumentacija tretmana beleži događaje, ali retko ažurira uzročni model.	Kontinuirano revidirati formulaciju slučaja na osnovu onoga što se zaista promenilo nakon intervencije.

7. Telo, stanje i kontekst: važni, ali bez preteranih tvrdnji

Jedan od najslabijih delova mnogih popularnih kritika psihoterapije jeste tvrdnja da konvencionalne terapije samo „razgovaraju sa korteksom“, dok su trauma ili emocije doslovno uskladištene u telu i zato nedostupne verbalnom tretmanu. To je retorički privlačno, ali naučno previše pojednostavljeno. Kognitivni, emocionalni, autonomni, interoceptivni, bihejvioralni i relacioni procesi duboko su povezani; verbalne intervencije mogu menjati emocije i fiziologiju, a intervencije usmerene na telo mogu menjati kogniciju i značenje. Korisno pitanje nije „um ili telo?“, već da li tretman dovoljno angažuje procese koji održavaju problem i da li se promena generalizuje kroz relevantna psihofiziološka stanja.

Istraživanja učenja nude odbranjivije objašnjenje nestabilnosti. Ekstinkcija ne briše jednostavno prethodno učenje pretnje; pod određenim uslovima strah može da se vrati protokom vremena, promenom konteksta ili pod stresom. Istraživanja ekstinkcije nakon reaktivacije sećanja i ometanja rekonsolidacije ukazuju na moguće načine smanjivanja povratka straha, ali su efekti ograničeni i zavisni od paradigme i ne daju osnov da se tvrdi kako psihoterapija rutinski može da „prepiše“ ili „izbriše“ traumatsko sećanje (Kredlow et al., 2016). Klinička implikacija je uža: tretman treba da proverava promenu u stanjima i kontekstima u kojima je verovatno da će se stari obrazac ponovo pojaviti, umesto da pretpostavi da uspešno funkcionisanje u seansi garantuje dostupnost nove reakcije u stvarnom životu.

Ista opreznost važi za interocepciju i somatske pristupe. Interoceptivna svesnost sve se više proučava u različitim stanjima mentalnog zdravlja, a intervencije zasnovane na svesnoj pažnji mogu u proseku poboljšati i interocepciju i simptome, ali je literatura heterogena i ne podržava jedan univerzalni somatski mehanizam niti jednu obaveznu telesnu tehniku za sve pacijente. Fiziološke i somatske informacije zato treba tretirati kao potencijalno vredne procesne podatke — naročito kada klinički problem uključuje paniku, disocijaciju, hroničnu pobuđenost, izbegavanje telesnih senzacija, poremećaj sna ili reaktivnost povezanu sa traumom — a ne kao dokaz posebne ontologije „telesnog pamćenja“.

Kontekst je podjednako važan. Tretman može poboljšati sposobnost suočavanja, a da osoba i dalje živi u hroničnom siromaštvu, nasilju, diskriminaciji, preopterećenju negovanjem drugih, pretnjama na poslu, nestabilnim stambenim uslovima, zlostavljačkom odnosu ili teškoj deprivaciji sna. Ne može se očekivati da psihoterapija reši sredinske uzroke samo intrapsihičkom adaptacijom. Granica tretmana zato mora biti jasna: kada su faktori koji održavaju problem društveni ili materijalni, arhitektura intervencije mora uključiti promenu okruženja, vođenje slučaja, medicinsku negu, socijalnu podršku ili druge sisteme, umesto da se trajni distres tumači kao otpor pacijenta.

8. Strukturne granice sadašnjeg modela psihoterapije

Dokazi pregledani iznad podržavaju skup strukturnih ograničenja koja se ponavljaju u različitim školama. To nisu optužbe da svaki terapeut ili svaka terapija pravi svaku od navedenih grešaka. To su ranjivosti dizajna koje postaju vidljive kada se polje procenjuje kao sistem, a ne kao takmičenje između brendiranih metoda.

Ograničenje	Status dokaza	Zašto je važno
Prosečna efikasnost se pogrešno izjednačava sa pouzdanošću za pojedinca	Snažni	Velike meta-analize pokazuju klinički značajne, ali umerene apsolutne stope terapijskog odgovora i remisije.
Promena simptoma dominira definicijom uspeha	Snažni	Dobici u funkcionisanju i kvalitetu života mogu biti manji; trajni oporavak meri se manje dosledno.
Praćenje je prekratko, a relaps nedovoljno opisan	Snažni	Dugoročnih studija je manje, izveštavanje o relapsu je nedosledno, a trajnost se razlikuje među poremećajima.
Izbor tretmana ostaje nedovoljno personalizovan	Umereni do snažni	Dokazi o mehanizmima i moderatorima još nisu dovoljno precizni za pouzdano povezivanje osobe i procesa.
Povratne sprege se nedovoljno koriste	Snažni	ROM/MBC mogu poboljšati ishode i otkriti neuspeh, ali primena ostaje nedosledna.
Odnos je nedovoljno modelovan kao aktivni proces promene	Snažni za povezanost; uzročni mehanizam nepotpun	Terapijski savez, empatija, razrešenje ruptura i procesi terapeuta predviđaju ishod, ali mehanistički modeli ostaju ograničeni.
Vernost protokolu može dobiti prednost nad dinamičkom formulacijom	Umereni	Priručnici poboljšavaju kvalitet i dostupnost, ali mogu postati rigidni kada se tretiraju kao potpuni uzročni modeli.
Generalizacija kroz stanja i kontekste nije uvek sistematski ugrađena	Umereni	Istraživanja relapsa i povratka straha pokazuju da promena može zavisiti od konteksta; sredinski faktori održavanja mogu opstati.

8.1 Najvažnije ograničenje: nedovoljna uzročna preciznost

Najdublji problem nije jednostavno „previše dijagnoze“, „previše kognicije“, „premalo rada sa telom“ ili „previše tehnike“. Takve formulacije ponavljaju isto razmišljanje po terapijskim školama koje pokušavaju da kritikuju. Opštije ograničenje jeste nedovoljna uzročna preciznost na nivou pojedinca. Psihoterapija obično poznaje simptome pacijenta i često ima uverljivu formulaciju, ali još ne može pouzdano da identifikuje i kvantifikuje mali skup procesa koji su uzročno presudni za tu osobu, da razlikuje pokretače od posledica, da otkrije kada se uzročna mreža promenila i da izabere intervenciju sa najvećom očekivanom vrednošću u tom trenutku.

Ovo ograničenje istovremeno objašnjava nekoliko nizvodnih problema. Kada je uzročna preciznost niska, personalizacija postaje intuitivna umesto proverljiva; neuspeh tretmana prepoznaje se kasno; izbor tehnike vodi pripadnost školi ili dijagnoza; relaps se rešava tek nakon što se dogodi umesto da se modeluje unapred; a odnos se vrednuje, ali nije uključen u precizan model načina na koji menja organizaciju osobe.

9. Modeli u nastajanju: kuda se polje već kreće

9.1 Procesno zasnovana terapija

Procesno zasnovana terapija (Process-Based Therapy, PBT) jedan je od najjasnijih pokušaja da se psihoterapija reorganizuje oko procesa promene, a ne oko protokola za sindrome. Hofmann i Hayes opisuju pomeranje od pretpostavki o latentnoj bolesti i terapijskih paketa ka empirijski podržanim, teorijski zasnovanim procesima promene organizovanim kroz idiografske funkcionalne analize. Kasniji rad koristi mreže specifične za pojedinca kako bi predstavio interakcije između problema, kontekstualnih uslova i procesa promene (Hofmann & Hayes, 2019, 2024; Ong et al., 2022).

PBT ne treba preuveličavati. To je organizacioni okvir i istraživački program, a ne već dokazano univerzalno rešenje koje zamenjuje postojeće terapije zasnovane na dokazima. Njegov značaj je u nivou analize koji

predlaže: pitanje više nije samo „Koji je protokol indikovan za ovu dijagnozu?“, već „Koji promenljivi procesi imaju centralnu ulogu u sadašnjoj mreži ove osobe i kako intervencija treba da promeni tu mrežu?“

9.2 Mrežna psihopatologija i dinamički sistemi

Mrežni pristupi konceptualizuju psihopatologiju kao sisteme međusobno delujućih simptoma i procesa, umesto da pretpostavljaju da je svaki simptom pasivan pokazatelj nekog osnovnog latentnog poremećaja. Literatura se brzo proširila, ali osnovne uzročne tvrdnje i dalje su predmet aktivne rasprave, a mnoge mrežne mere ne predstavljaju automatski terapijske mete. Najjači doprinos je metodološki: mreže primoravaju kliničku nauku da predstavi povratne sprege, heterogenost, vremensku zavisnost i moguće povezujuće procese, umesto da se oslanja samo na jedan latentni skor (Robinaugh et al., 2020).

Idiografska mrežna analiza posebno je privlačna zato što može koristiti ponovljena merenja kod jedne osobe kako bi stvorila model slučaja koji se menja kroz vreme. Izazov je ozbiljan: povezanosti u opservacionim vremenskim serijama nisu automatski uzročne, opterećenje merenjem može biti veliko, mere centralnosti mogu biti nestabilne, a matematički elegantna mreža i dalje može preporučiti pogrešnu intervenciju. Mrežnim metodama zato su potrebne eksperimentalne perturbacije i pravila kliničkog odlučivanja, a ne samo vizualizacija.

9.3 Precizno mentalno zdravlje i adaptivni tretman

Pristupi preciznog mentalnog zdravlja dodaju prognostičko modelovanje, algoritme za izbor tretmana, ponovljeno digitalno merenje i podršku odlučivanju. Njihov cilj nije samo da predvide ko će se poboljšati, već da na osnovu tih predviđanja donesu drugačije terapijske odluke. Pojavljuju se dokazi da stratifikovana ili podacima vođena praksa u nekim okruženjima može poboljšati efikasnost i ishode, ali prediktivni modeli često ne uspevaju da se generalizuju na druge populacije i službe. Preciznost zato treba da znači bolje odluke u uslovima neizvesnosti, a ne iluziju da model može izračunati tačno određenu terapiju za tačno određenu osobu.

9.4 Terapijska praksa vođena merenjem kao infrastruktura, a ne tehnika

MBC i ROM su filozofski manje dramatični od PBT-a ili mrežne teorije, ali mogu biti neposrednije transformativni zato što menjaju informacionu arhitekturu terapijske prakse. Sistem tretmana koji meri napredak, otkriva rizik, vraća podatke kliničaru i pacijentu i prilagođava se u skladu s njima suštinski je drugačiji od sistema koji ishod procenjuje tek na kraju. Najvažnija kratkoročna modernizacija psihoterapije zato možda neće biti teorijska, već infrastrukturna: svaki model postaje inteligentniji kada može da uči iz putanje pacijenta dok tretman još traje.

10. Zahtevi za model ljudske promene sledeće generacije

Ako je cilj prevazići sadašnju granicu bez odbacivanja onoga što psihoterapija već radi dobro, model sledeće generacije treba procenjivati prema eksplicitnim zahtevima dizajna. Ti zahtevi mogu se izvesti iz navedenih ograničenja bez pretpostavljanja bilo koje konkretne terapijske škole.

Zahtev	Operacionalno značenje	Dokazi / obrazloženje
Višedimenzionalni ishodi	Pratiti simptome, funkcionisanje, kvalitet života, ponašanje, relaciono funkcionisanje i trajnost.	Sprečava da se smanjenje simptoma predstavi kao potpuni oporavak.
Idiografski model procesa	Predstaviti aktuelne procese održavanja i promene kod pojedinca, a ne samo dijagnozu.	Odgovara na heterogenost i podržava procesno zasnovanu personalizaciju.
Adaptivno sekvenciranje	Promeniti intervenciju kada se promeni putanja, stanje procesa ili kontekst.	Smanjuje dugotrajnu primenu strategije koja ne uspeva.
Kontinuirana povratna informacija	Koristiti ponovljena merenja i eksplicitne pragove za prilagođavanje.	Dokazi o ROM/MBC podržavaju ranije otkrivanje lošeg ishoda i pogoršanja.

Zahtev	Operacionalno značenje	Dokazi / obrazloženje
Modelovanje relacionih procesa	Meriti ne samo kvalitet terapijskog saveza već i relacione događaje koji reorganizuju očekivanja, afekt, pažnju ili ponašanje.	Dokazi o savezu i procesima pokazuju da je odnos povezan sa ishodom; mehanizam ostaje nedovoljno određen.
Generalizacija kroz stanja/kontekste	Testirati nove reakcije pod stresom, u različitim okruženjima i uz relevantne okidače.	Obuhvata učenje zavisno od konteksta i rizik relapsa.
Projektovanje trajnosti	Od početka uključiti održavanje, signale ranog upozorenja, dodatne intervencije i planove za relaps.	Prevencija relapsa poboljšava ishode; stabilnost treba graditi, a ne pretpostavljati.
Realističnost u odnosu na okruženje	Prepoznati kada su uzroci održavanja društveni, materijalni, medicinski ili organizacioni.	Sprečava individualizovanje problema koji zahtevaju intervenciju na nivou sistema.
Opovrgljivost	Odrediti koji bi podaci pokazali da su formulacija ili model intervencije pogrešni.	Sprečava da teorijska fleksibilnost postane naknadno objašnjenje svega.

Ključna reč nije integracija u neodređenom smislu kombinovanja većeg broja tehnika. Ključ je koordinacija. Model sledeće generacije mora imati način da odluči koje su informacije važne, kako su procesi povezani, koji proces prvo treba ciljano promeniti, kako relacija menja efekat intervencije, kako uočiti da li je reorganizacija nastupila i da li ta reorganizacija opstaje van seanse.

Upravo se ovde relaciono i procesno zasnovano mišljenje spajaju. Procesni model bez relacije rizikuje da osobu tretira kao izolovani mehanizam. Relacioni model bez procesa rizikuje da ostane filozofski bogat, ali operativno neodređen. Produktivnija sinteza jeste posmatrati ljudsku promenu kao reorganizaciju međusobno delujućih procesa koji se odvijaju unutar sistema i između njih — bioloških, psiholoških, bihejvioralnih, relacionih i sredinskih — i zahtevati da se te tvrdnje mere, a ne samo iznose.

11. Šta dokazi ne opravdavaju

Rigoroznu kritiku podjednako određuje ono što odbija da tvrdi kao i ono što zastupa. Nekoliko snažnijih tvrdnji koje se pojavljuju u popularnim raspravama o psihoterapiji nije dovoljno podržano dokazima pregledanim u ovom radu.

- Nije opravdano tvrditi da psihoterapija „ne deluje“. Kod više poremećaja, psihološki tretmani nadmašuju relevantne kontrolne uslove i mogu smanjiti rizik relapsa.
- Nije opravdano tvrditi da većina psihoterapija proizvodi samo placebo efekte. Očekivanja i kontekstualni faktori jesu važni, ali aktivni psihološki tretmani imaju dokaze specifične za određene poremećaje koji prevazilaze tako jednostavno objašnjenje.
- Nije opravdano tvrditi da su sve škole ekvivalentne u svakom stanju. Prosečne razlike među legitimnim terapijama često su male, ali određene intervencije mogu imati snažnije dokaze ili jasnije mehanizme za određene probleme.
- Nije opravdano svoditi trajni distres na „uskladištenu energiju“ ili doslovno skladištenje traume u telu bez operacionalnih definicija i direktnih dokaza. Otelovljenje i fiziologija jesu važni; iz te činjenice ne slede metafizički zaključci.
- Nije opravdano tvrditi da rekonsolidacija memorije rutinski briše patološko sećanje ili čini relaps nemogućim. Translaciona literatura je obećavajuća, ali ograničena i heterogena.
- Nije opravdano tvrditi da su procesno zasnovani, mrežni, precizni ili relacioni okviri već rešili ograničenja konvencionalne psihoterapije. To su istraživački pravci čiju superiornost tek treba pokazati.

Ova ograničenja čine centralni argument snažnijim, a ne slabijim. Psihoterapiju nije potrebno karikirati da bi se prepoznala njena stvarna razvojna granica. Dokazi već pokazuju dovoljno: klinički značajni prosečni efekti postoje istovremeno sa velikim udelom izostanka odgovora, nepotpunim oporavkom, ograničenom personalizacijom, nedovoljno korišćenim povratnim informacijama, neizvesnim mehanizmima i promenljivom trajnošću. To je sasvim ozbiljna formulacija problema.

12. Istraživačka agenda za narednu deceniju

Istraživački izazov više nije samo poređenje jednog terapijskog paketa sa drugim. Zrela nauka o ljudskoj transformaciji trebalo bi da može da odgovori na drugačiju vrstu pitanja.

- Koji su procesi uzročni, a ne samo povezani sa ishodom, i kako se mogu eksperimentalno menjati unutar tretmana?
- Mogu li učestalo prikupljeni podaci specifični za pojedinca dovoljno rano identifikovati petlje koje održavaju problem da bi poboljšali izbor tretmana, a ne samo retrospektivno opisali slučaj?
- Koji relacioni događaji proizvode merljivu reorganizaciju izvan opšteg kvaliteta terapijskog saveza i koja stanja pacijenta ili terapeuta čine takve događaje mogućim?
- Kako tretman treba da proverava prenos promene kroz različita stresna stanja, socijalne kontekste i vreme, umesto da se oslanja na skorove simptoma nakon tretmana?
- Mogu li modeli ranog upozorenja dovoljno precizno otkriti predstojeće odustajanje, pogoršanje ili relaps da bi promenili ishod?
- Koje komponente efikasnog tretmana su neophodne, koje su zamenljive, a koje su korisne samo za određene konfiguracije procesa?
- Kako funkcionisanje, osećaj delatnosti, kvalitet odnosa i adaptivna fleksibilnost mogu postati primarni ishodi, a da ispitivanja ne postanu neizvodljivo složena?
- Kako sredinske i društvene determinante treba uključiti u uzročne formulacije da terapija ne bi individualizovala distres koji je strukturno proizveden?

Posebno važan metodološki pomak biće prelazak sa pasivnog posmatranja na intraindividualno eksperimentisanje. Ako formulacija pretpostavlja da ruminacija održava depresivno raspoloženje, da interpersonalno izbegavanje održava očekivanje pretnje ili da relaciona ruptura destabilizuje tretman, model bi trebalo da proizvede ciljanu perturbaciju i merljivo predviđanje. Ponovljeni N-of-1 eksperimenti, adaptivne intervencije, mikro-randomizovana ispitivanja i intenzivni longitudinalni nacrti mogli bi vremenom da povežu kliničku formulaciju sa uzročnim zaključivanjem neposrednije nego što to mogu statična pre/post ispitivanja.

Institucionalni izazov podjednako je važan. Bolji modeli neće poboljšati praksu ako kliničari nemaju vreme, infrastrukturu za podatke, superviziju, sisteme povratnih informacija i podsticaje da ih koriste. Evolucija psihoterapije zato je istovremeno naučni problem i problem implementacije.

13. Zaključak: „izvan terapije“ ne znači „protiv terapije“

Dokazi ne podržavaju narativ o neuspehu. Podržavaju narativ o delimičnom uspehu sa jasno vidljivom granicom.

Psihoterapija je jedna od najvažnijih tehnologija zasnovanih na dokazima za smanjenje psihološke patnje. Kod mnogih poremećaja nadmašuje minimalne kontrolne uslove ili uobičajeni tretman, može smanjiti pogoršanje i može proizvesti trajnu korist. Svaki okvir koji ignoriše te dokaze nije ozbiljan naslednik psihoterapije; on je jednostavno neinformisan.

Ali dokazi istovremeno čine samozadovoljstvo neopravdanim. Apsolutne stope terapijskog odgovora i remisije ostavljaju velike grupe bez adekvatne koristi. Funkcionalni oporavak ne prati uvek smanjenje simptoma. Dugoročna stabilnost meri se nepotpuno, a relaps ostaje čest. Efikasnost iz ispitivanja ne prenosi se savršeno u rutinsku praksu. Izbor tretmana i dalje je uglavnom organizovan oko dijagnostičkih kategorija i dokaza zasnovanih na grupnim prosečnim efektima, dok je procese specifične za osobu i pravi trenutak intervencije i dalje teško pouzdano utvrditi. Sistemi povratnih informacija koji bi mogli otkriti neuspeh tretmana još se nedovoljno koriste. Relacione varijable snažno predviđaju ishod, ali se odnos često meri bogatije nego što se mehanistički modeluje.

Najverovatnija budućnost zato nije pobeda nove škole nad starim školama. To je promena jedinice analize. Umesto pitanja koji brendirani paket treba primeniti na određenu dijagnostičku kategoriju, polje počinje da pita koji međusobno povezani procesi organizuju patnju i prilagođavanje ove osobe, koja intervencija može promeniti te procese, kako relacija i kontekst menjaju efekat intervencije i da li nastala reorganizacija ostaje stabilna kroz vreme i pod stresom.

Taj pomak — sa paketa na procese, sa proseka na pojedinca, sa epizoda na putanje, sa naknadnog prosuđivanja na kontinuiranu povratnu informaciju i sa odnosa kao konteksta na odnos kao potencijalno transformativnu dinamiku — predstavlja najsnažnije, dokazima potkrepljeno značenje izraza „izvan terapije“. On ne ukida psihoterapiju. On od psihoterapije traži da postane preciznija, adaptivnija i trajnija nauka o ljudskoj promeni.

ZAVRŠNA TEZA

Sledeću generaciju psihoterapije ne treba da definiše novi brend, već viši standard uzročne preciznosti: merljivi procesi, formulacija specifična za osobu, adaptivna intervencija, relaciona responzivnost, prenos kroz kontekste i demonstrirana trajnost.

Literatura

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 144, 288–299. https://doi.org/10.1111/acps.13335

Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Harrer, M., Basic, D., Cristea, I. A., de Ponti, N., Driessen, E., Hamblen, J., Larsen, S. E., Matbouriahi, M., Papola, D., Pauley, D., Plessen, C. Y., Pfund, R. A., Setkowski, K., Schnurr, P. P., van Ballegooijen, W., Wang, Y., et al. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. World Psychiatry, 23(2), 267–275. https://doi.org/10.1002/wps.21203

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. Psychotherapy, 55(4), 399–410. https://doi.org/10.1037/pst0000175

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. Psychotherapy, 55(4), 508–519. https://doi.org/10.1037/pst0000185

Firth, N., Saxon, D., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2019). Therapist and clinic effects in psychotherapy: A three-level model of outcome variability. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87(4), 345–356. https://doi.org/10.1037/ccp0000388

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy, 55(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Gómez Penedo, J. M., & Flückiger, C. (2026). Process-outcome effects in psychotherapy research: An umbrella systematic review and meta-analysis. World Psychiatry, 25, 151–152. https://doi.org/10.1002/wps.70018

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-Based Therapy. Clinical Psychological Science, 7(1), 37–50. https://doi.org/10.1177/2167702618772296

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2024). A process-based approach to transtheoretical clinical research and training. Clinical Psychology in Europe, 6(Special Issue), e11987. https://doi.org/10.32872/cpe.11987

Huibers, M. J. H., Lorenzo-Luaces, L., Cuijpers, P., & Kazantzis, N. (2021). On the road to personalized psychotherapy: A research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. Frontiers in Psychiatry, 11, 607508. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.607508

Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. Psychological Medicine, 47(3), 414–425. https://doi.org/10.1017/S0033291716002774

Kredlow, M. A., Unger, L. D., & Otto, M. W. (2016). Harnessing reconsolidation to weaken fear and appetitive memories: A meta-analysis of post-retrieval extinction effects. Psychological Bulletin, 142(3), 314–336. https://doi.org/10.1037/bul0000034

Krijnen-de Bruin, E., Scholten, W., Muntingh, A., Maarsingh, O., van Meijel, B., van Straten, A., & Batelaan, N. (2022). Psychological interventions to prevent relapse in anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 17(8), e0272200. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272200

Kržić, M. (2026a). MIRA Model: Relational Emergence — A Cross-Scale Framework for the Emergent Meaning. NEDS Institute.

Kržić, M. (2026b). MIRA Model — Beyond Relation as Quantity: Toward a Process Model of Relational Emergence. NEDS Institute — Independent Research Division.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. Psychotherapy, 55(4), 520–537. https://doi.org/10.1037/pst0000167

Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., Simon, G., & Kroenke, K. (2019). Implementing measurement-based care in behavioral health: A review. JAMA Psychiatry, 76(3), 324–335. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329

McAleavey, A. A., de Jong, K., Nissen-Lie, H. A., Boswell, J. F., Moltu, C., & Lutz, W. (2024). Routine outcome monitoring and clinical feedback in psychotherapy: Recent advances and future directions. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 51, 291–305.

Moggia, D., Lutz, W., Brakemeier, E.-L., & Bickman, L. (2024). Treatment personalization and precision mental health care: Where are we and where do we want to go? Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 51(5), 611–616. https://doi.org/10.1007/s10488-024-01407-w

Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2022). A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. Frontiers in Psychology, 13, 1002849. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1002849

Robinaugh, D. J., Hoekstra, R. H. A., Toner, E. R., & Borsboom, D. (2020). The network approach to psychopathology: A review of the literature 2008–2018 and an agenda for future research. Psychological Medicine, 50(3), 353–366.

Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression — stable long-term effects? A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 168, 107–118. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043

van der Lem, R., van der Wee, N. J. A., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2012). Efficacy versus effectiveness: A direct comparison of the outcome of treatment for mild to moderate depression in randomized controlled trials and daily practice. Psychotherapy and Psychosomatics, 81(4), 226–234. https://doi.org/10.1159/000330890

van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 77(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

HIJERARHIJA IZVORA

Argument ovog izveštaja namerno je zasnovan na recenziranim meta-analizama, sistematskim pregledima, velikim skupovima podataka iz rutinske prakse i značajnim konceptualnim pregledima. Dva MIRA izvora koriste se isključivo kao konceptualni izvori za generisanje hipoteza o relacionim procesima; ne tretiraju se kao dokaz kliničke efikasnosti niti kao potvrđeni mehanizmi psihoterapije.