

EVALUACIJA RACIONALNO EMOTIVNO BIHEJVIOALNE TERAPIJE

Popov Boris¹

Centar za traumu, Novi Sad

Kognitivno-bihejvioralne terapije pokazuju dosledno dobre rezultate u studijama ishoda terapije, kako u onim sprovedenim u naturalističkim, tako i u onim u strogo kontrolisanim uslovima. Prema nekim autorima, meta-analitičke studije beleže bolje rezultate kognitivno-bihejvioralnih u poređenju sa drugim psihoterapijskim orijentacijama, placebo efektom ili kontrolnom grupom (David & Avellino, 2002). Udeo Racionalno emotivno bihejvioralne terapije u rezultatima koje postiže grupa kognitivno-bihejvioralnih terapija nije sasvim jasan. Stoga, tri naučna problema kojima se bavi ovo istraživanje su: 1. kakve efekte postiže REBT za 6 seansi u tretiranju klijenata sa raznim psihopatološkim manifestacijama, 2. da li iskustvo terapeuta i nivo njihovog terapeutskog obrazovanja utiču na efekte terapije i 3. da li postoji razlika u efektima tretmana s obzirom na pol klijenata?

Na osnovu analize varijanse zaključujemo da REBT postiže dobre rezultate za 6 seansi u radu sa klijentima sa raznim poremećajima. Takođe, t-testom smo došli do podatka da, iako grupa iskusnijih terapeuta postiže bolje rezultate od grupe manje iskusnih, samo na jednoj (ili dve, zavisno od statističkog testa u koji imamo više poveranja) od četiri mere zavisne varijable razlika u njihovu korist je statistički značajna.

Ključne reči: REBT, evaluacija, psihoterapija, studija efekata.

UVOD

Racionalno Emotivno Bihejvioralna Terapija (u daljem tekstu REBT) ustanovljena je 1955. godine, kao prvi oblik kognitivno-bihejvioralnog pristupa u psihoterapiji. REBT počiva na pretpostavkama i tvrdnjama koje se uglavnom tiču psihološkog poremećaja, njegovog ispoljavanja, mehanizama pomoću kojih se on održava, zatim mogućim načinima njegovog prevazilaženja i ne poseduje

¹ Adresa autora: mushroom@NSpoint.net

koherentan, sveobuhvatan sistem i teoriju ličnosti. U tom kontekstu, najznačajniji je tzv. **A-B-C** model psihološkog zdravlja i poremećaja. U ovom modelu, **A** označava *aktivirajući događaj*, **B** predstavlja *sistem uverenja osobe*, dok **C** predstavlja *emotivnu i/ili bihevioralnu posledicu* za tu osobu. Sistem uverenja je za REBT najznačajniji jer ona (REBT) nije zainteresovana za “stvarnost po sebi”, već za ono što za određenu osobu predstavlja stvarnost (videti u Ellis, 1994; Dryden & DiGiuseppe, 1992).

Evaluacija psihoterapije je važna svim učesnicima u ovom procesu, a posebno klijentima, kako bi znali gde i na koji način da najefikasnije utroše svoje vreme i novac. Istraživanja u psihoterapiji datiraju iz 50-tih godina i nastala su u okviru klijentom-usmerene terapije (Rogers). Ovo su oberučke prihvatili kognitivno-bihevioralni terapeuti, zasnivajući svoju teoriju i praksu upravo na eksperimentalnim nalazima. Pitanja koja su se postavljala pred istraživače u ovom domenu vremenom su evoluirala. Najpre je bilo pitanje da li psihoterapija uopšte ima efekata, zatim koja je najefikasnija, dok se u najnovije vreme pokušava odgovoriti na kompleksnija pitanja, poput: koji je “aktivni sastojak” psihoterapije, zatim koje karakteristike klijenta i terapeuta utiču na ishod tretmana, koji skup tehnika je najprimereniji određenoj nozološkoj kategoriji, a postavljaju se i pitanja da li i na koji način komorbiditet utiče na tok i ishod tretmana itd. Svu kompleksnost problematike koju obuhvata ova oblast lepo je izrazio Pol (1969) pitanjem: “Koji tretman, sa kojim terapeutom je najefikasniji za tog pojedinca, sa tim specifičnim problemom i pod kojim uslovima?” (prema Živčić-Bećirević, 2003, str. 419).

U literaturi (Nietzel, Bernstein & Milich, 2001; Gavrilov-Jerković, 2003) se mogu naći neki zaključci o efektima terapije na osnovu meta-analitičkih studija psihoterapija različitih pravaca. Ovde navodimo značajnije: 1. Psihoterapija ima efekata (effective); 2. U poređenju sa netretiranim grupama i placebo kontrolnim grupama, klijenti psihoterapijskih grupa značajno više napreduju; 3. U proseku, 5-10% klijenata tokom psihoterapije nazaduje u odnosu na inicijalno stanje, a 15-25% stagnira; 4. Među ispitivanim tretmanima nije nađena značajna razlika; 5. Savršeniji istraživački nacrti daju rezultate o većoj efikasnosti tretmana; 6. Pozitivni efekti tretmana održavaju se i nakon završetka terapije; 7. Postoji malo dokaza koji bi upućivali da je uspešnost tretmana povezana sa količinom profesionalnog iskustva i stepenom terapijske edukacije terapeuta; itd.

REBT, kao zaseban pravac u okviru kognitivno-bihevioralne paradigme pokazuje dobre rezultate u istraživanjima efekata tretmana. Dejvid i Avelino (David & Avellino, 2002.) navode dve meta-analitičke studije (Engels et al., 1993; Lyons & Woods, 1991), prema kojima REBT ima dobre rezultate u radu sa klijentima sa raznim poremećajima, u poređenju sa kontrolnom grupom, placebo efektom i drugim psihoterapijama.

Kao problem koji do sada nije rešen, iskristalisalo se pitanje odnosa iskustva i nivoa edukovanosti terapeuta i efekata psihoterapije. Ovaj rad se, pored procene efekata primenjenog tretmana, fokusirao na pokušaj rasvetljavanja ovog problema.

METOD

Ciljevi istraživanja

Ciljeve istraživanja definisali smo na sledeći način:

1. Utvrditi da li i do kakvih promena dolazi kod klijenata sa raznim psihičkim poremećajima koji su podvrgnuti REBT.
2. Utvrditi da li postoji statistički značajna razlika u efektima tretmana koje postižu terapeuti sa različitim nivoom psihoterapijskog obrazovanja i iskustva.
3. Utvrditi da li postoji razlika u efektima tretmana s obzirom na pol klijenta.

Nacrt istraživanja i varijable

U istraživanju je korišćen model sa jednom grupom i ponovljenim merenjima. To znači da su merenja vršena (1.) na početku tretmana, (2.) nakon treće seanse i (3.) nakon 6. seanse;

Grafički, dizajn bi mogao biti predstavljen na sledeći način:

Y1	X1	X2	X3	Y2	X4	X5	X6	Y3
----	----	----	----	----	----	----	----	----

gde su Y1, Y2 i Y3 tri merenja zavisnih promenljivih, X1 do X6 psihoterapijske seanse, odnosno eksperimentalni tretmani, a redosled sa leva na desno ukazuje na vremenski sled.

Nezavisna varijabla u istraživanju je *psihoterapijski tretman*. Zavisna je *intenzitet i frekvencija psihopatoloških manifestacija* koja je operacionalizovana preko rezultata klijenata na različitim instrumentima, a dve moderator varijable su *iskustvo i nivo psihoterapijske edukovanosti terapeuta i pol klijenata*.

Uzorak ispitanika i procedura

Proces uzorkovanja odvijao se na taj način što su se klijenti javljali u dva centra za pružanje psihoterapijskih usluga (REBT-PRAXIS centar i Centar za traumu, oba u Novom Sadu) radi psihološke pomoći, a pre prve seanse im je data baterija testova na popunjavanje. Uzorak ispitanika broji 33 klijenta/klijentkinje. U uzorku se našlo 15 osoba muškog i 18 osoba ženskog pola, starosti od 17 do 60 godina.

Ispitanici koji su uključeni u uzorak pate od različitih psihičkih poremećaja: panični poremećaj sa i bez agorafobije, generalizovani anksiozni poremećaj, depresije razne etiologije i intenziteta, PTSP, kao i poremećaji ličnosti. Dijagnostikovanje je najčešće vršio stručnjak (psihijatar) u nekoj od institucija kojima se se klijenti prethodno javili za pomoć. Poremećaji su različitog trajanja, od nekoliko meseci do više godina. U uzorak je uključen i izvestan broj klijenata sa tzv. subkliničkim problemima. U uzorak nisu uključivani jedino klijenti sa dijagnozom iz kruga psihotičnih poremećaja.

Istraživanje je trajalo od februara 2003. do januara 2004. godine. 6 terapeuta koji su učestvovali u istraživanju su podeljeni u dve grupe: 1. grupu su činili terapeuti koji su u trenutku početka istraživanja imali više od jedne godine terapijskog iskustva i koji su završili najmanje drugi nivo edukacije prema programu Albert Ellis Instituta (najmanje *advanced certificate AEI*), dok je 2. grupa sačinjena od terapeuta koji su u trenutku početka istraživanja imali manje od 1 godine terapijskog iskustva i završen prvi nivo edukacije prema programu Albert Ellis Instituta (*primary certificate AEI*). Prvu grupu su činili terapeuti: dr. Predrag Miljanović, Vladan Beara i Olja Knežević, a drugu Aleksandra Petković, Milica Babić i Boris Popov.

Psihoterapijski tretman koji je primenjivan tokom istraživanja pripada pravcu REBT, ali nije strogo definisan i precizno utvrđen. On je pratio vrstu i intenzitet poremećaja svakog klijenta, njegove individualne karakteristike i prilagođavao se terapijskim uslovima. To u najvećoj meri zadovoljava kriterijume potrebne za istraživanje u prirodnim uslovima (videti Seligman, 1995).

Instrumenti

U istraživanju su korišćeni sledeći instrumenti:

1. STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1970.) je instrument namenjen merenju anksioznosti. Čine ga dve četvorostepene skale (STAI-S i STAI-T) likertovog tipa, svaka od po 20 ajtema. Skala STAI-S meri anksioznost kao stanje i ona je osetljivi indikator promena u nivou anksioznosti kod klijenata u psihoterapiji, savetovanju i u programima bihejvioralne modifikacije. Skala STAI-T meri anksioznost kao crtu, odnosno prvenstveno pokušava da otkrije postojanje individualnih razlika u tendenciji da se reaguje situacionom anksioznošću prilikom anticipacije pretećih situacija.

Pouzdanost instrumenta je računata test-retest metodom i beleži rezultate STAI-S = .33 i STAI-T = .695, što indikuje da je "T" verzija generalno neosetljiva na promene za kratki rok, za razliku od "S" skale za koju je očekivano da registruje brze promene jer meri situacionu anksioznost (Sesti, 2000). Skala pokazuje visoku internu konzistentnost (α koeficijent za STAI-S = 0.93, STAI-T = .90), a konstruktna, konkurentna i kriterijska validnost je više puta proveravana (Spielberger et al., 1970, prema Sesti, 2000; videti i MacArthur & MacArthur, 1997). Norme za našu populaciju ne postoje.

2. BDI (Beck Depression Inventory, Beck et al., 1961) je skala samoprocene namenjena merenju pretpostavljenih manifestacija depresije. Originalna verzija je

revidirana 1971. godine, a verzije su pokazale visok stepen međusobne korelacije (.94, prema Stinton, 2003). Iako Bek nije preporučivao računanje test-retest pouzdanosti, pogotovo ne u kratkom vremenskom roku, jer rezultate kviri efekat memorije, Grot-Marnat (Groth-Marnat, 1990) saopštava da se test-retest pouzdanost kreće u rasponu od .48 do .86 zavisno od intervala u kome se radi i karakteristika populacije. Korelacije sa drugim skalama koji mere depresiju imaju srednje do umereno visoke vrednosti (HPRSD .73, Zung Self Reported Depression Scale .76 i MMPI skala depresivnosti .76; videti Stinton, 2003).

Kod nas su često u upotrebi sledeće norme:

- 1 - 10 promene raspoloženja su u granicama normalnog
- 11 - 16 blagi poremećaj raspoloženja

-
- 17 - 20 granični depresivni poremećaj
 - 21 - 30 umerena depresivnost
 - 31 - 40 teška depresija
 - 40 - ekstremna depresija

3. Panic Inventory (PI). Timotijević & Paunović (1992) navode da Upitnik za procenu paničnog stanja (PI) nije skala u klasičnom smislu koja bi određivala opštu ocenu paničnog poremećaja, već predstavlja instrument za praćenje frekvence i intenziteta paničnih ataka u toku nedelju dana. Upitnik takođe identifikuje pojedine situacije koje indukuju panična stanja kod pacijenata. Originalna verzija upitnika se sastoji iz tri dela i popunjava ga sam ispitanik, svakodnevno u toku lečenja ili istraživanja.

Verzija koja je upotrebljena u našem istraživanju kozmetički se razlikuje od one koja se nalazi u knjizi Timotijević & Paunović (1992, str. 115). U modifikovanoj verziji, broj napada je procenjivan na nedeljnom nivou (zbog potreba istraživanja), a treći deo skale je pripojen drugom, iz praktičnih razloga.

Rezultat na PI smo podelili na dve mere: 1. broj paničnih napada koje je klijent doživeo tokom prethodne nedelje (u tabelama označeno sa *broj PN*) i 2. prosečni intenzitet simptoma tokom doživljenih paničnih napada (u tabelama označeno sa *simptomi*).

Metrijske karakteristike instrumenta nisu nam poznate.

4. Anxiety Thoughts Inventory (AnTI) je četvorostepena skala likertovog tipa koja predstavlja inventar anksioznih misli i koju je konstruisao ju je Adrian Vels (Wells) 1994. godine. AnTI se sastoji od 22 ajtema i čine je tri nezavisne subskale: 1) socijalna zabrinutost (worry) – ajtemi 1, 2, 8, 9, 12, 14, 17, 18, 20; 2) zdravstvena zabrinutost – ajtemi 4, 5, 7, 10, 15, 19 i 3) meta-zabrinutost - 3, 6, 11, 13, 16, 21, 22. Vels & Karter (Wells & Carter, 1999) ističu da subskale koreliraju sa drugim merama anksioznosti i da se α koeficijent kreće u rasponu od 0.75 do 0.84.

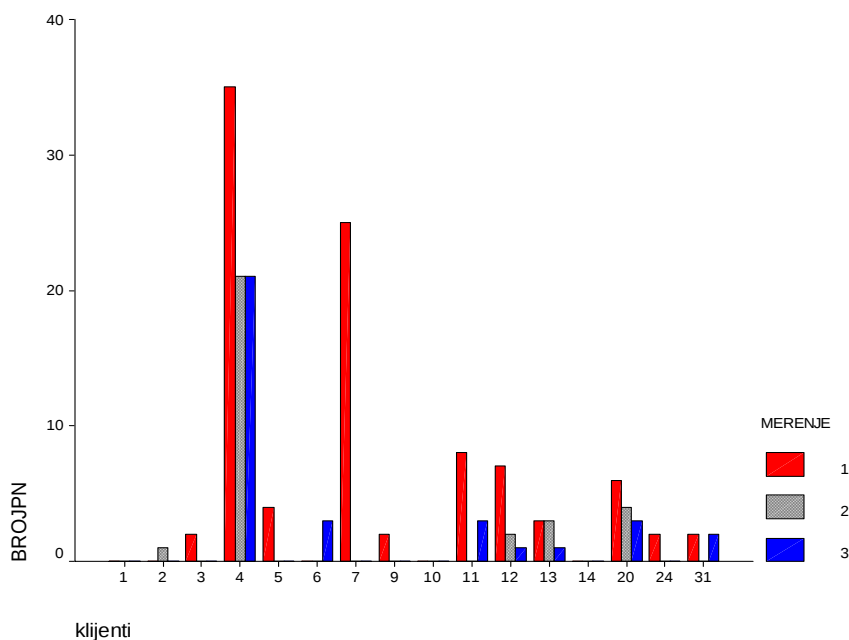
REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U tabeli 1 prikazani su aritmetičke sredine postignuća klijenata na 6 mera za sva tri merenja, kao i rezultati analize varijanse.

Tabela 1: Aritmetičke sredine postignuća klijenata i rezultati analize varijanse

Varijabla	I merenje (AS)	II merenje (AS)	III merenje (AS)	F-test	p-nivo
STAI-S	58.76	46.24	40.64	17.51	.000
STAI-T	58.61	52.06	46.70	8.67	.000
BDI	20.42	14.42	10.39	8.61	.000
AnTI	53.21	45.85	41.85	6.39	.002
Broj PN	6.00	1.94	2.13	1.66	.201
simptomi	44.75	20.38	13	8.67	.001

Uočavamo da kada se porede I i III merenje, svi testovi pokazuju poboljšanje stanja ispitanika tokom tretmana. Ipak, pojava porasta broja paničnih napada na III u odnosu na II merenje, podstakla nas je da to predstavimo grafikonom.



Grafikon 1: Distribucija paničnih napada za klijente za sva tri merenja

Analizom varijanse računali smo statističku značajnost promena do kojih je došlo kod klijenata nakon 6 seansi REBT, a merenih primenjenim testovima. Računali smo razlike između tri grupe aritmetičkih sredina (postignuće klijenata na testovima, mereno pre 1., nakon 3. i nakon 6. seanse). Iz gornje tabele može se uočiti da je tokom tretmana gotovo sigurno došlo do statistički značajnog poboljšanja kod klijenata na 5 od 6 mera. Jedino za varijablu Broj paničnih napada nije zabeleženo statistički značajno poboljšanje kod klijenata na III u odnosu na I merenje. Post-hoc kontrastiranjem aritmetičkih sredina Scheffeovim testom dolazimo do podatka da za varijable STAI-S i Simptomi tokom paničnog napada do poboljšanja dolazi već na drugom merenju ($p < .001$ i $p < .014$), dok na merama STAI-T, BDI i AnTI statistički značajan pomak beleži se tek na trećem merenju ($p < .000$, $p < .000$ i $p < .003$).

Nažalost, za skale STAI, PI i AnTI nisu nam poznate norme za našu populaciju. Međutim, ako uporedimo skorove ispitanika sa normama za BDI, možemo uočiti da je 23 klijenta pre tretmana potpadala u kategoriju “disfunkcionalnih” (6 ispitanika pripada grupi “graničnog depresivnog poremećaja”; skor 11 klijenata zadovoljava kriterijume za depresivnost umerenog intenziteta, a 6 klijenata prema rezultatu na skali BDI mogli bi biti svrstani u grupu teško depresivnih). Poredeći skorove klijenata na BDI sa normama, možemo zaključiti da je 17 klijenata zabeležilo klinički značajno poboljšanje izmereno skalom BDI, da 4 klijenta nisu zabeležila klinički značajno poboljšanje, dok je kod 2 došlo do pogoršanja tokom terapije, mereno ovom skalom. Klinička značajnost podrazumeva zaključivanje o važnosti postignutih efekata za klijenta u njegovom svakodnevnom životu ili u odnosu na neki kriterijum (videti Jacobson & Truax, 1991). Postoji više kriterijuma za procenu kliničke značajnosti, a u ovom slučaju mi smo se opredelili kriterijum po kom je postignuta klinički značajna promena ukoliko postignuće klijenata na primenjenom instrumentu nakon tretmana ne može da se uvrsti u kategoriju “poremećenog”.

Tabela 2: Frekvencije i procenti koji pokazuju kako su klijenti reagovali na tretman

Varijabla	Poboljšanje		Stagnacija		Pogoršanje		N
STAI-S	32	96.97%	0	0%	1	3.03%	33
STAI-T	32	96.97%	0	0%	1	3.03%	33
BDI	30	90.91%	1	3.03%	2	6.06%	33
AnTI	31	93.94%	0	0%	2	6.06%	33
Broj PN	14	87.5%	2	12.5%	0	0%	16
simptomi	13	81.25	1	6.25%	2	12.5%	16

U tabeli 2 vidimo koliko je klijenata napredovalo, stagniralo i nazadovalo tokom tretmana. Uočavamo da je daleko najveći procenat klijenata izvestio o poboljšanju stanja tokom tretmana svim merama zavisne varijable. Interesantan podatak je da je 26 klijenata (78.8% uzorka) zabeležilo poboljšanje na svim merama. Ako kao reper uzmemo nalaze koje navode Nicel i saradnici (Nietzel et al., 2001, str. 345) po kojima se prva poboljšanja očekuju kod oko polovine klijenata između

6. i 8. seanse i uporedimo ih sa efektima terapije u našem istraživanju nalazimo da je procenat poboljšanja u našem istraživanju veći od očekivanog (Hi-kvadrat značajan na nivou $p < .001$).

Uticaj iskustva terapeuta i nivoa njihovog terapeutskog obrazovanja na efekte terapije

Uticaj iskustva i psihoterapeutskog obrazovanja računali smo tako što smo izračunali razliku na testovima između I i III merenja, a zatim smo neparametrijskim U-testom testirali značajnost razlika dve grupe aritmetičkih sredina s obzirom na varijablu iskustvo i psihoterapijska edukovanost terapeuta. U-test se interpretira suštinski identično kao i t-test za nezavisne uzorke i smatra se statistički najsnajnijom neparametrijskom alternativom klasičnom t-testu (StatSoft, 1997). U tabeli broj 3 nalaze se izračunati testovi.

Rezultati u tabeli 3 nam govore da su terapeuti sa dužim terapijskim stažom i višim nivoom edukacije zabeležili su bolje rezultate na svim merama, a na skalama STAI-S i AnTI, te razlike su statistički značajne. Značajnost razlika nije računata za mere Broj paničnih napada i Intenzitet simptoma tokom paničnog napada, jer je za te varijable uzorak manji ($N=16$), s obzirom da ostalih 17 klijenata nisu imali panične napade, te nisu ni popunjavali PI. Smatrali smo da je taj poduzorak premali za bilo kakve statističke račune.

Tabela 3: U-Test za varijablu iskustvo i nivo psihoterapijskog obrazovanja terapeuta

Mann-Whitney U Test za varijablu TERAPEUT				
	Z	p	Valid N Group 1	Valid N Group 2
STAI_S	2.02	.043	22	11
STAI_T	1.39	.163	22	11
BDI	1.57	.117	22	11
ANTI	1.99	.047	22	11

Uticaj pola klijenata na efekte terapije

Uticaj pola klijenata na efekte terapije, računali smo na identičan način kao i u slučaju prethodne moderator varijable. Rezultati U-testova prikazani su u tabeli 4.

Rezultati jasno ukazuju da nema značajne razlike u aritmetičkim sredinama, kada se poredi napredovanje klijenata na testovima bez obzira na to kog su klijenti pola.

Tabela 4: U-Test za moderator varijablu pol klijenata

Mann-Whitney U Test za varijablu POL KLIJENATA				
	Z	p	Valid N Group 1	Valid N Group 2
STAI_S	.16	.870	15	18
STAI_T	-.82	.415	15	18
BDI	-.58	.562	15	18
ANTI	-.05	.957	15	18

INTERPRETACIJA I DISKUSIJA

Frekvencije klijenata koji su zabeležili poboljšanje stanja nakon 6 seansi veće su od očekivanih za različite forme psihoterapije, ali su u skladu sa efektima koje postižu druge forme terapije kognitivno-bihevioralnog usmerenja za tačno definisane poremećaje (videti npr. Wells & Papageorgiou, 2001). Ovaj nalaz može govoriti u prilog kognitivno-bihevioralnih terapija kao terapija visoke efikasnosti, što će reći da za kratko vreme mogu postići veliki terapijski efekat.

Interesantan je pregled reagovanja klijenata na tretman mereno pojedinim testovima. Tako, dok su brzo nastale promene u smislu smanjivanja aktuelne anksioznosti i depresivnosti izmerene skalama STAI-S i BDI sasvim očekivane s obzirom na osetljivost instrumenata, smanjivanje učestalosti situacija u kojima se klijenti osećaju anksiozno (mereno skalom STAI-T) za kratko vreme je pomalo neočekivan nalaz i zahteva dodatne analize. Zanimljiv je i nalaz da smanjenu anksioznost (STAI) prati i pad na inventaru anksioznih misli (AnTI), što podupire pretpostavku kognitivno-bihevioralne paradigme o povezanosti anksioznih misli i reakcija (tzv. princip psihološkog interakcionizma poznat u teoriji REBT; videti Marić, 2000).

Ono što privlači pažnju to je podatak o porastu broja paničnih napada koje su klijenti doživeli u protekloj nedelji, kada se porede II i III merenje. Taj podatak se iz ugla REBT teorije može objasniti na sledeći način: klijenti koji nakon I i II seanse zabeleže poboljšanje, u smislu smanjivanja broja paničnih napada, oni se ohrabre te se izlažu provocirajućim situacijama. Osim toga, pošto im je bolje, oni formiraju novo Iracionalno uverenje koje glasi: “Pošto sam raspravio iracionalna uverenja, ja više ne bih smeo biti uznemiren”. Međutim, kako život uvek sa sobom nosi stresne situacije, klijent ponovo može osetiti uznemirenost. Tada nastaje inferencijalna misao, npr.: “Evo, opet paničim!”, ili “Pašću u nesvest!”, koje prati aktiviranje novoformiranog Iracionalnog uverenja: “Ne bih smeo biti uznemiren, a jesam. Meni nema pomoći! Užas!” i – rezultat je novi panični napad. Dakle, u ovom slučaju odgovornost za pojavu većeg broja paničnih napada jeste kreiranje novih

Iracionalnih uverenja u toku terapijskog procesa. Međutim, kada se detaljnije pogleda grafikon 1 možemo uočiti pojavu koja možda muti ovu sliku. Vidimo da neki klijenti koji nisu na inicijalnom merenju zabeležili panične napade, na II ili III merenju izjavljuju da su ih u prethodnoj nedelji imali, iako je tretman već bio u toku. Iako na prvi pogled paradoksalan, i ovaj nalaz može se objasniti iz ugla REB teorije, slično kao i prethodni. Naime, klijent koji je nekada u prošlosti preživeo barem jedan panični napad (a pošto ih nije imao u prethodnoj nedelji – rezultat na PI na prvom merenju je 0!), on je kasnije razvio čitav niz tzv. sigurnosnih ponašanja (eng. “safety behaviours”), kojima je cilj da spreče ponovni ulazak u potencijalno stresne situacije (i.e. u kojima je verovatnoća da se panični napad javi velika). Ako se taj cilj ostvari, klijentu polazi za rukom da izbegne panične napade, po cenu smanjenja kvaliteta života i životnog prostora. Pošto je panični napad često samo propratna manifestacija nekog drugog poremećaja, klijent se javlja terapeutu zbog drugih tegoba. Tada tokom tretmana terapeut, zadavajući bihejvioralne domaće zadatke, “gura” klijenta u potencijalno provocirajuće situacije. Pošto na ovom stadijumu terapije Iracionalna uverenja još nisu raspravljena, klijent u stresnim situacijama ponovo može doživeti intenzivnu anksioznost i eto nam paničnog napada između druge i treće seanse!

Većina dosadašnjih istraživanja pokazuje da iskustvo terapeuta i nivo njihovog psihoterapeutskog obrazovanja ne utiču značajno na efekte terapije (Lambert, 2002; Gavrilov-Jerković, 2003). Ipak, neki autori sugerišu da iskusni profesionalci *ponekad* postižu bolje rezultate od onih koji su se tek počeli baviti psihoterapijom ili neprofesionalnih terapeuta (Stein & Lambert, 1995, prema Nietzel et al., 2001). Sa druge strane Dejvid i Avelino (David & Avellino, 2002) sugerišu da terapeuti sa dužim psihoterapijskim treningom postižu bolje rezultate (doduše, bez navođenja statističke značajnosti). Rezultati dobijeni ovim istraživanjem više-manje prate liniju dosadašnjih nalaza. Jer, iako se može reći da je grupa terapeuta sa dužim psihoterapijskim stažom postigla bolje rezultate na sva 4 upoređivana testa, na dva (STAI-S i AnTI) razlika je statistički značajna. Moguća su razna objašnjenja ovog podatka. Jasno je da na svim merama iskusniji i edukovaniji terapeuti beleže bolje rezultate. Da je uzorak ispitanika u ovom istraživanju bio veći, možda bi i razlike postale statistički značajne na svim merama (što je, po našem mišljenju verovatnije). Ako bi to bio slučaj, onda bi se iz ugla REBT ta razlika mogla pripisati činjenici da je REBT aktivno-direktivna i problemski orijentisana terapija: promene nastaju brzo, a što je iskusniji terapeut, to se brže dolazi do Iracionalnih uverenja koja stoje u osnovi poremećaja i same promene u smislu smanjivanja intenziteta i/ili frekvencije simptoma se brže dešavaju. Ako bi pak razlike i na velikom uzorku ostale na nivou statistički neznačajnih (što je po našem mišljenju manje verovatno), onda bismo mogli pretpostaviti barem dve mogućnosti. Jedna pretpostavka je ta da na poboljšanje stanja kod klijenata najviše utiče ličnost terapeuta. Druga mogućnost je da su pozitivni efekti terapije najviše rezultat same terapijske situacije, odnosno činjenice da se klijent uopšte nalazi u psihoterapijskom procesu (što će reći, placebo efekat!). Ipak, podaci da REBT postiže bolje rezultate od drugih terapijskih škola (videti David & Avellino, 2002) ističe značaj terapijskih tehnika u procesu. U tom

svetlu, naš nalaz bismo mogli objasniti na taj način da su tehnike koje se primenjuju u REBT jasne, dobro definisane i relativno jednostavne za naučiti, te ih i neiskusni terapeuti veoma uspešno upražnjavaju.

Važno je istaći jedno zapažanje. Činjenica da REBT postiže dobre efekte bez obzira na to koliko je terapeut iskusan i edukovan daje nam za pravo da sugerišemo mladim i još neiskusnim terapeutima da počnu s terapijskim radom, bez obzira na to što nisu završili sve nivoe edukacije koja je propisana određenom školom. Takođe, ovaj nalaz nam govori da psihoterapija u praksi može da postiže dobre efekte, čak iako je, posebno kod nas, ideo visoko edukovanih terapeuta u ukupnoj populaciji stručnjaka koji se bave ovim poslom relativno mali.

Rezultati do kojih smo mi došli u istraživanju potvrđuju predašnje nalaze, koji jednoznačno govore o tome da pol klijenata nije povezan sa efektima terapije.

Na kraju, želimo da damo dva komentara na pojedine aspekte istraživanja:

1. Naime, zavisna varijabla je merena pre I, posle III i posle VI seanse. Nakon što su podaci prikupljeni, došli smo do zaključka da je možda bilo bolje merenja vršiti pre 4. i pre 7. seanse, jer je verovatno da klijentima odmah nakon seanse biva značajno bolje, te da su dobijena poboljšanja možda preuveličana.

2. Ranije u tekstu istaknuto je da je došlo do osipanja uzorka tokom istraživanja. Ako neki klijent prekine terapiju, terapeut može iz tog podatka izvući najmanje dva različita zaključka: a) kod klijenta je došlo do poboljšanja, te on više nije motivisan da učestvuje u procesu i b) klijent nije zadovoljan kako terapeut sa njim radi i ne želi više da troši svoje vreme i novac. Dakle, bilo bi veoma pogrešno ako bi se iz činjenice da je neki klijent napustio terapiju, izvlačili jednoznačni zaključci bez prethodne empirijske provere.

ZAKLJUČAK

Rezultati analize varijanse za 5 od 6 mera zavisne varijable, kao i broj klijenata koji nije napredovao tokom tretmana sugerišu da Racionalno emotivno bihevioralna terapija može da postigne dobre rezultate za većinu klijenata u veoma kratkom vremenu (tj. sa malim brojem seansi) i to za različite vrste psihičkih poremećaja. Takođe, pad na skali anksioznih misli (AnTI) koji prati ublažavanje anksioznih i depresivnih simptoma, kao i frekvencije i intenziteta paničnih napada daje nam osnovu da zaključimo da postoji povezanost između anksioznih misli i reakcija, što potkrepljuje kognitivno-bihevioralnu teoriju o nastanku i održavanju psihičkih poremećaja.

Statističkoj značajnosti razlika pridružujemo i činjenicu o klinički značajnom poboljšanju kod 73.9% (preciznije 17) klijenata koji su pre tretmana pripadali grupi sa barem graničnim depresivnim poremećajem izmereno skalom BDI. Ova informacija govori u prilog činjenici da REBT dovodi do promena kod klijenata koje mogu biti vidljive u njihovom svakodnevnom životu.

Primenjenim nacrtom nismo u potpunosti rasvetlili problem uticaja iskustva i obrazovanja terapeuta na efekte terapije. Bolji rezultati iskusnijih terapeuta nisu

uvek bili i statistički značajno bolji, te su potrebna dodatna, metodološki strožija istraživanja.

Konačno, ovim istraživanjem je još jednom potvrđeno da su efekti terapije podjednaki za klijente oba pola.

Nedostaci i ograničenja istraživanja. Jedna grupa slabosti odnosi se na sam metod istraživanja efekata psihoterapije u prirodnim uslovima. Da navedemo najvažnije: a) uzorak često nije reprezentativan za populaciju iz koje je uzet; b) ova istraživanja najčešće ne podrazumevaju kontrolnu grupu, te mi ne možemo pouzdano tvrditi da li su ovi rezultati posledica tretmana ili nekih drugih faktora (npr. spontanog oporavka). Takođe, ne znamo da li su rezultati posledica specifičnih REBT tehnika ili nekog drugog faktora (npr. samog terapijskog odnosa).

Druga grupa slabosti odnosi se na samo istraživanje; drugim rečima, sledeći nedostaci koji su se javili tokom istraživanja mogli su biti izbegnuti u primenjenom nacrtu:

1. Sve mere korišćene u istraživanju spadaju u tzv. tehnike samoprocene. Ovakvom merenju svakako nedostaje objektivnosti (setimo se "hello-goodbye" efekta; videti Biro, 1999, str. 57), što bi se donekle moglo rešiti npr. procenom da li se kvalitet života klijenata objektivno popravio u odnosu na stanje pre tretmana.

2. U istraživanju se nije vodilo računa o vrsti poremećaja (osim u slučaju psihotičnih klijenata koji nisu uključeni u uzorak), kao i o njegovom intenzitetu i trajanju.

3. Nedostaju tzv. baseline i follow-up podaci, te nismo u mogućnost da procenimo kakav je trend u rezultatima na skalama postojao pre početka i nakon istraživanja.

Ideje za naredna istraživanja. 1) Potrebno je sprovesti istraživanje u strogo kontrolisanim uslovima i sa kontrolnom grupom (npr. grupom koja bi bila tretirana samo medikamentima), kako bismo mogli sa većom sigurnošću tvrditi koji faktor u procesu je odgovoran za terapijsku promenu; 2) bilo bi interesantno ponoviti istraživanje u kom bi se ispitivao uticaj iskustva i/ili nivoa edukacije terapeuta na efekte terapije i to na većem uzorku; 3) bilo bi takođe interesantno sprovesti i ispitivanje koje bi pokušalo da da odgovor na pitanje da li se skorovi na testovima razlikuju s obzirom na to kada ih klijenti u terapiji popunjavaju: pre ili posle tretmana, odnosno na početku ili na kraju seanse.

LITERATURA

- Biro, M. (1999). *Osnovi kliničke psihologije*. Novi Sad, Univerzitet u Novom Sadu.
- David, D. & Avellino, M. (2002). A synopsis of rational-emotive behavior therapy; Basic/fundamental and applied research. Research Section of the Albert Ellis Institute. <http://www.rebt.org>.
- Dryden W. & DiGiuseppe, R. (1992). *A Primer on Rational-Emotive Therapy*.

- Illionis, Research press.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy, revised and updated*. New York, A Birch Lane Press.
- Gavrilov – Jerković, V. (2003). Savremene tendencije u psihoterapiji. specijalizacija prakse i integracija znanja. *Psihologija*, Vol. 36 (1), 7-38.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance. A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, No 1, 12-19.
- Lambert, M.J. (2002). The effectiveness of Psychotherapy: What has a Century of Research Taught Us About the Effects of Treatment?. *Updates from the Division of Psychotherapy (29)*, APA, Washington. Preuzeto 13.01.04. sa <http://www.cwru.edu/affil/div.29/lambert.pdf>
- MacArthur, J.D.& MacArthur C.T. (1997). Anxiety. preuzeto 15.01.04. sa <http://www.maces.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/anxiety.html#Measurement>.
- Marić, Z. (2000). Racionalno emotivno bihevioralna terapija. U: Stojnov, D. (Ur.). *Psihoterapije*. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Nietzel, M., Bernstein, D. & Milich, R. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974. Preuzeto 13.01.04. sa <http://www.apa.org/journals/seligman.html>.
- Sesti, A. (2000). State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Medication Clinical Trials. *QoL Newsletter*, 25, 15-16. Preuzeto 14.01.2004. sa http://www.mapi-research-inst.com/pdf/art/qol25_8.pdf.
- StatSoft, Inc. (1997). *STATISTICA for Windows* [Computer program manual]. Tulsa, OK. StatSoft, Inc., 2300 East 14th Street, Tulsa, OK 74104, phone. (918) 749-1119, fax. (918) 749-2217, email. info@statsoft.com, WEB. <http://www.statsoft.com>.
- Stinton, L.(2003). Beck Depression Inventory (BDI). preuzeto 14.01.04. sa sajta: <http://www.swin.edu.au/bioscieleceng/neuropsych/victims/resources/assessment/affect/bdi.html>.
- Timotijević, I. & Paunović, V.R. (1992). *Instrumenti kliničke procene u psihijatriji*. Beograd, Naučna knjiga.
- Wells, A & Carter, K (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia. a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Živčić-Bećirević, I. (2003). Istraživanja efikasnosti psihoterapije. U: Biro, M. & Butollo, W. (Ur.). *Klinička psihologija*. München, Katedra za kliničku psihologiju LMU & Novi Sad, Futura publikacije.

ABSTRACT

CONTRIBUTION TO ASSESSMENT OF EFFECTS OF RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY

Boris Popov

Trauma Center, Novi Sad

Three main problems dealt with in this study are the following: 1. what effects attain REBT in 6 sessions in treating clients with various psychopathology?; 2. Does the level of training and experience of therapists play any role in REBT intervention outcomes?; 3. Does the sex of clients play any role in REBT intervention outcome?

ANOVA showed that REBT was effective with most number of clients demonstrating statistically significant improvements on a third measurement comparing with the first one; also, very small number of clients responded negatively to the treatment, showing stagnation or intensifying of symptoms. Thus we conclude that REBT can be effective in treating clients with various psychopathologies. T-test also showed that more experienced therapists were statistically significantly more effective than less experienced in one out of four measures. The treatment was equally effective to clients of both sexes.

This study was conducted in naturalistic conditions with certain flaws and limitations; future controlled evaluations are more than welcome.

Key words: REBT, evaluation, psychotherapy