

PRAKTIKUM IZ **KOGNITIVNE** **I BIHEVIOR** TERAPIJE III.

uredila

Nada Anić

recenzenti

Ante Fulgosi

Ivan Furlan

DRUŠTVO PSIHOLOGA HRVATSKE, ZAGREB 1990.

SADRŽAJ

Predgovor.....	3
Kognitivno-bihevioralni pristup emocionalnim teškoćama	4
Kognitivna psihoterapija.....	10
Percepcija vlastite kompetentnosti: moguća hijerarhijska organizacija	29
Odnos bihevioralne i kognitivne terapije	42
Kognitivno-bihevioralni tretman anksioznosti.....	46
Kognitivni elementi psiholoških intervencija u medicini	59
Bolesnikovo pridržavanje zdravstvenih uputa i preporuka.....	64
Mentalna anoreksija: bihevioralno-kognitivni model.....	70
Kognitivno-bihevioralne terapije u radu s djecom.....	82
Kognitivno-bihevioralna procjena djece	90
Evaluacija psihoterapije	111
DODATAK.....	121

Predgovor

Kognitivna terapija kao poseban terapijski pristup u našoj su sredini predstavljene više puta seminarima, radionicama, kongresima i predavanjima.

Imali smo zadovoljstvo da u ulozi predavača susrećemo u našoj zemlji neke od najpoznatijih autora iz tog područja. To su bili: J. Wolpe, A. Freeman, P. Salkovskis, D. Clark, W. Dryden, I. Ost i drugi.

Imajući u vidu dostupnost informacija iz tih izvora kao i iz postojeće literature (i na našim jezicima), odlučili smo se za dva kriterija koji određuju sadržaj ovog zbornika:

Zastupljene su teme koje su bile prikazane na seminaru održanom u Zagrebu 1988. (Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije), obuhvaćeni su sadržaji koji čine logičku cjelinu s temama u Praktikum iz bihevior terapije II iz 1985. god.

Sadašnji zbornik ima tri cjeline:

- primjena kognitivne terapije kod odraslih osoba s psihijatrijskim poremećajima;
- mogućnost primjene kognitivne terapije i savjetovanja u zdravstvenoj psihologiji;
- primjena kognitivne terapije u radu s djecom.

Zbog posebnog značenja samopoimanja (self-koncept) u ovom terapijskom usmjerenju ovoj smo temi posvetili posebnu pozornost i prostor. Smatramo da će ta tema pridonijeti boljem razumijevanju terapijskih postupaka kod otklanjanja negativnog samovrednovanja.

Bihevioralne i kognitivne terapije podrazumijevaju jasno određene postupke, razna mjerenja, obavezne početne i završne procjene prema unaprijed određenim kriterijima u svrhu provjeravanja djelotvornosti primjenjenih postupaka.

Stoga je opširnije razmatrana tema o evaluaciji psihoterapije. Prikazan je pregled metoda i postupaka iz novije literature s ciljem da ih bolje upoznamo i da nas potaknu na vlastita istraživanja u tom pravcu.

U kognitivnim terapijama postoje razne škole koje imaju i sličnosti i razlike.

U Praktikum iz bihevior terapije II detaljnije je prikazan pravac poznat pod imenom Racionalno - emotivne terapije (RET). U Praktikum III prikazane su Beckerova kognitivna terapija, te tehnike ovladavanja (coping skills) i terapije rješavanja problema (problem solving therapies).

Ispričavamo se čitateljima Praktikuma III zbog jezičnih nespretnosti, obilja tuđica, teškoća u prijevodu nekih stručnih izraza. Neke je izraze teško prevesti, neke smo namjerno ostavili neprevedene jer se već godinama koriste i kod nas i u svijetu pa je postojala opasnost da se prevođenjem unese zabuna.

U Zagrebu, 03.12.1990.

Kognitivno-bihevioralni pristup emocionalnim teškoćama

Nada Anić

Nastanak i razvoj kognitivnih terapija potaknut je s nekoliko strana. Stvaranju osnovnih teoretskih postavki značajan doprinos dali su radovi Bandure o četiri osnovna načina učenja u kojima je presudna uloga socijalne imitacije, upotreba jezika i jezičnih simbola te osobna kognitivna obrada naučenog sadržaja. U tim oblicima učenja značajnije je uključivanje kognitivnih procesa od samog uvjetovanja (Bandura, 1977):

1. Izravno asocijativno iskustvo je učenje nasličnije operantnom i klasičnom uvjetovanju jer pojedinac stječe iskustvo o izravnoj povezanosti podražaja i reakcije.
2. Učenje promatranjem (vicarious learning) podrazumijeva da pojedinac uči odgovor ili povezanost podražaja i reakcije opažanjem ponašanja druge osobe.
3. Simboličke upute omogućuju učenje uz upotrebu govora (pisanog ili govornog).
4. Simbolička logika omogućuje pojedincu da uči stvaranjem zaključaka i značenja na osnovi dostupnih podataka i data znanja koristi u novim situacijama.

Istraživanja Bandure o posredujućim kognitivnim procesima kod učenja te njegov koncept samoefikasnosti značajni su ne samo za stvaranje cjelovitog i prihvatljivog teorijskog sustava, nego su omogućila i stvaranje prikladnih terapijskih postupaka u kognitivnim terapijama.

Na području istraživanja ličnosti danas se smatra pionirskim rad Kellyja (Kelly, 1955), koji je u vrijeme objavljivanja ostao bez većeg odjeka.

Njegove ideje potakle su nešto kasnije njegove učenike Rottera i Mishela na vlastita istraživanja. Rotterova istraživanja i stvaranje upitnika za ispitivanje lokusa kontrole omogućuju da se u razne svrhe ispituje kako pojedinac vidi i procjenjuje mogućnost vlastite kontrole nad okolnostima i događajima koji su za njega značajni.

Ovi i drugi autori dali su značajan teorijski doprinos za razumijevanje i liječenje poremećaja u području kognitivnih pogrešaka i iskrivljenja kojima su izložene osobe s emocionalnim problemima u percipiranju sebe, svojih mogućnosti da svladaju teškoće i tumačenju događaja koji su im značajni.

Meichenbaum je 1974. te 1977. u svojim pokusima pokazao (Mahoney, 1980) u kojoj mjeri pozitivna verbalna predviđanja mogu utjecati na učinak, a isti je učinak postignut i u terapijskim situacijama.

Velikom brojem istraživanja dokazana je središnja uloga posredujućih kognitivnih procesa u stalnoj interakciji pojedinca i njegove okoline.

S druge strane snažan poticaj za razvoj kognitivnih terapija u današnjem smislu došao je i od psihoanalitički usmjerenih psihijatarata i psihologa. Dva najznačajnija predstavnika iz ove skupine su A.Ellis i A.Beck. Nezavisno jedan od drugog objavljuju knjige utemeljene na kliničkim iskustvima u kojima naglašavaju značenje poremećaja u kognitivnim funkcijama i njihovom spletu za teškoće u prilagodbi pojedinca i psihičke poremećaje (Ellis, 1962; Beck,

1978). Mahoney i Arnkoff (Mahoney, 1980) obrazlažu da je razvoju kognitivnih terapija doprinio svakako i snažan val istraživanja u bihevioralnoj terapiji. Primjena principa učenja u radu s mentalno retardiranim osobama, u odgojnim postupcima s djecom, te u otklanjanju pojedinih izdvojenih poremećaja u ponašanju, dala je vrlo ohrabrujuće rezultate. Stoga se šezdesetih godina naglo počelo proširivati područje primjene bihevioralnih tehnika na tretman anksioznosti, fobija, gojaznosti i druge poremećaje u psihijatrijskoj i zdravstvenoj praksi. Posebno je porastao interes za primjenu ovih postupaka u području samokontrole. Bihevioralni terapeuti našli su se pred zahtjevnim zadatkom - trebalo je naučiti i osposobiti klijente da brzo postignute promjene u ponašanju sami trajno održavaju. Klinička praksa i istraživanja pokazali su da nije moguće trajno održavati neko ponašanje isključivo kontrolom koju provodi okolina. Zato je trebalo razviti tehnike koje će omogućiti klijentima usvajanje samokontrole. Prema definiciji, samokontrola podrazumijeva ona ponašanja koja pojedinac dobrovoljno usvaja da bi postigao ciljeve koje je sam odabrao (Kazdin, 1984).

Naravno, okolina može, ali i ne mora, imati iste ciljeve kao pojedinac koji ih je odabrao. To znači da uobičajeni način mijenjanja ponašanja u kojem okolina ima presudnu ulogu u potkrepljivanju u slučaju rada na samokontroli nije više dovoljan.

U bihevioralnoj terapiji za aktivnosti kao što su misli koristi se termin prikriveno ponašanje (covert behavior). Podrazumijeva se da ovo ponašanje nije dostupno opažanju na način kako je to uobičajeno u bihevior terapiji, ali su razvijeni postupci i za mijenjanje tog ponašanja (Yates, 1970; Mahoney, 1980). Jedan od pionirskih radova iz tog područja objavio je 1965. godine Homme, Skinnerov učenik (Mahoney, 1980). Utvrdio je da misli mogu biti potkrepljivane ili kažnjavane poput ponašanja dostupnog opažanju. U razdoblju između 1966. i 1973. Cautela je također proveo i objavio cijeli niz pokusa u ovom području. Neki su bihevioralni terapeuti ostali dosljedni u svom interesu isključivo za ponašanje koje je dostupno opažanju i mjerenju, a određen ih se broj priklonio pravcu koji je pokrenuo Kelly svojim objašnjenjima povezanosti osobnog sustava vjerovanja i ponašanja. U području kliničke prakse Ellis 1962. godine, a Beck 1963. godine, dali su svoja tumačenja o povezanosti emocionalnih poremećaja i iracionalnih vjerovanja odnosno kognitivnih iskrivljenja. Bandura je 1969. godine objavio tekst koji se sada smatra klasičnim (Mahoney, 1980), u kojem obrazlaže daje „*proces terapijskog poboljšanja u osnovi ovisan o kognitivnim mehanizmima, a oni se najlakše pokreću bihevioralnim postupcima*“ (Bandura, 1969).

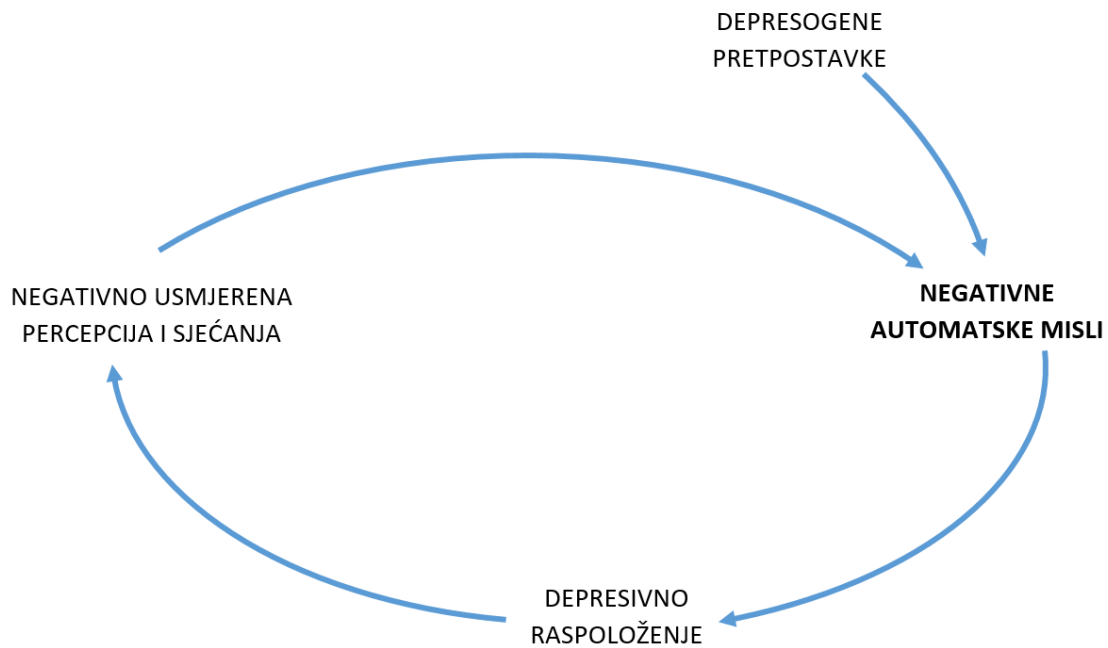
Tako je objedinjavanjem teoretskih postavki iz raznih područja istraživanja nastao kognitivno-bihevioralni model za razumijevanje i tretman psihičkih poremećaja.

Bitna odrednica ovog pristupa je interakcionističko stajalište o prilagodbi pojedinca okolini, ne smatra se da je pojedinac pasivno izložen utjecajima okoline. Ključno mjesto u tom procesu prilagodbe pripada posredujućim spoznajnim procesima.

Naravno, uvažavaju se biološke značajke pojedinca i njihov mogući utjecaj na nastanak nekih psihičkih poremećaja, ali u daljem održavanju pojedinih oblika ponašanja i doživljavanja jasno se mogu prepoznati odgovorne kognitivne pogreške i iskrivljenja.

Kao primjer za ilustraciju navedenog može se poslužiti grafički prikaz kognitivnih distorzija kod depresije koje imaju prateće emocionalne i ponašajne korelate.

Bez obzira na etiologiju i moguće biološke utjecaje, očigledno je postojanje iracionalnih vjerovanja i pretpostavki, shema koje pokreću stalan krug: **misli, raspoloženje, ponašanje**.



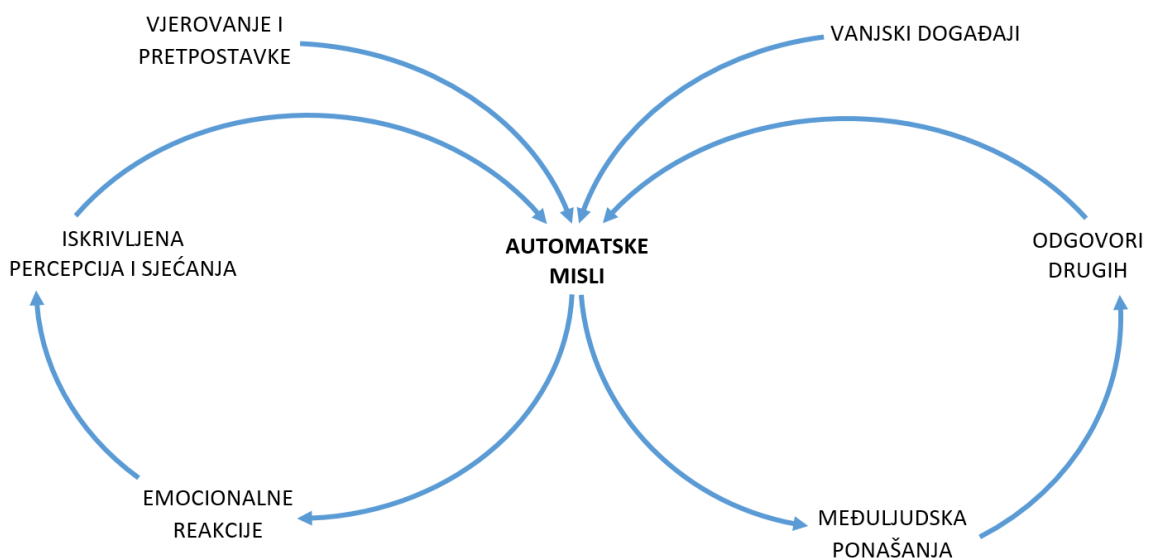
Silazna skala depresije (Freeman i sur., 1990)

Prema kognitivnom modelu, ne smatra se da kognitivni sadržaji jednostavno utječu na ponašanje i emocije.

Brojna istraživanja nedvosmisleno pokazuju da raspoloženje može snažno utjecati na percepciju, sjećanje (Dobson, 1988). Npr. Bower je utvrdio u svojim istraživanjima da se ispitanici dobrog raspoloženja više sjećaju ugodnih vlastitih doživljaja, a ispitanici lošeg raspoloženja tužnih događaja (Freeman i sur., 1990).

Automatske disfunkcionalane misli (najčešće negativne, prekomjerno uopćene, preuveličane i sl.) jednako djeluju na ponašanje kao i raspoloženje.

Utjecaj kognitivnih procesa na psihopatologiju može se prikazati sljedećim crtežom.



Bez obzira s koje točke kreće ovaj krug međusobno povezanih zbivanja, pokazalo se da su kognitivni procesi osobito pogodni za terapijske intervencije i da se na taj način postižu zadovoljavajući rezultati (Kendall, 1979; Freeman i sur., 1990; Beck, 1976; Hawton i sur., 1990).

Naziv kognitivne terapije odnosi se na skupinu terapijskih pravaca koji imaju zajedničku osnovnu pretpostavku: bez obzira kako je neki psihički poremećaj nastao, u njegovu održavanju značajnu ulogu imaju kognitivni procesi i njihovo međusobno ustrojstvo.

Osnovna ideja u kognitivnim terapijama je sljedeća:

- a) prepoznati kognitivno ustrojstvo koje kod pojedinca izaziva probleme na planu čuvstva i ponašanja i
- b) utjecati na taj kognitivni splet kako bi se postigle terapijske promjene.

Razne okolnosti i događaje u svom socijalnom i fizičkom okruženju pojedinac opaža, pamti, dovodi u uzročnu povezanost, stvara stavove i pridaje im značenja na svoj osobiti način.

Za jasnije određenje kognitivnih terapija prema drugim pravcima treba naglasiti da se glavnom metom ovdje smatra kognitivno ustrojstvo pojedinca, iako je krajnji cilj promjena ponašanja, te da u kognitivnim terapijama nisu predmet zanimanja nesvjesni sadržaji.

Kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene su na relativno izdvojene probleme (poremećaje) ljudi (pojedinaca, parova, obitelji) a ne na općenite psihopatološke entitete, a psihoterapijske promjene pokušavaju se postići promjenama u kognitivno-ponašajnoj cjelini.

Tri su osnovne postavke o ovom terapijskom pristupu:

1. Kognitivna aktivnost utječe na ponašanje.
2. Kognitivna aktivnost može se pratiti (samoopažanjem) i bilježiti.
3. Na željenu promjenu ponašanja može se utjecati promjenom kognitivne aktivnosti.

U predloženoj literaturi nalazi se obilje podataka o empirijskoj provjeri svih teorijskih postavki koja čine osnovu za ovaj terapijski pristup. Kognitivno bihevioralni pristup obuhvaća nekoliko terapijskih škola i pravaca. Prema Mahoneyju i Arnkoffu (Mahoney, 1980), tri su glavna pravca ili „terapijska paketa“: kognitivna restrukturacija, terapije rješavanja problema i vještine ovladavanja (detaljnije opisano u Praktikum iz bihevior terapije II).

Opravdana je i druga vrsta podjele (Dobson, 1988). Neke od kognitivnih terapija polaze od pretpostavke da teškoće u prilagodbi ljudi proizlaze iz relativno stalnih i trajnih kognitivnih iskrivljenja (sheme, iracionalna vjerovanja) pa su i njihovi ciljevi promjene ustaljenje strukture. Drugi pristup polazi od pretpostavke da u „procesiranju“, načinu kako pojedinac koristi svoje kognitivne funkcije, dolazi do poremećaja. U tom pristupu cilj je postići promjenu u procesu kognitivne obrade podataka i donošenja odluke o postupku u vezi sa zadatkom koji pojedincu predstoji.

Na sljedećoj tabeli prikazani su podaci o kognitivnim terapijama koji mogu pojasniti pregled osnovnih značajki kognitivno-bihevioralnih terapija.

Osnivači

G. Kelly, J. Rotter, W. Mischel, A. Ellis, A. Beck, A. Bandura

Osnovne postavke i koncepti

Ponašanje je određeno međusobnim djelovanjem bioloških činilaca, vještina i postignuća pojedinca i njegove osobne percepcije relevantnih uzročnih veza između događaja i njihovih posljedica, te percepcije vlastite mogućnosti za snalaženje. To stanovište naglašava podjednako važnost unutrašnjih i vanjskih odrednica u stalnoj interakciji između organizma i okoline.

Gledanje na uzroke uznemirenosti, nevolje ili poremećaja

Uz važne biološke utjecaje, te moguće nepovoljne utjecaje okoline, najčešći razlozi za nastanak i održavanje teškoća u adaptaciji (posebno kod osoba koje označavamo kao „pojedinci s emocionalnim problemima“) su: **1) nedostatak vještina**, **2) naučeni neadaptirani oblici** ponašanja u stresnim situacijama, i **3) iskrivljenja i pogreške** u individualnoj percepciji podražaja, uzročne povezanosti događaja i njihovih posljedica, ili krivoj percepciji vlastite kopetencije za snalaženje u problemnim situacijama.

Primarni terapijski ciljevi

Terapija je općenito usmjerena na otklanjanje sadašnje uznemirenosti i očaja, te pripremanje klijenata za prilagođenije oblike ponašanja putem razvijanja tehnika sučeljavanja s problemima i restrukturiranja neadaptiranih kognitivnih ustrojstava.

Primarne terapijske tehnike

Ovaj pristup razlikuje četiri vrste učenja: izravno asocijativno, učenje promatranjem, učenje uz pomoć simboličkih instrukcija, te uz pomoć simboličke logike. Ovi oblici učenja primjenjuju se u osnovnim terapijskim tehnikama. To su: modeliranje, probe ponašanja, upotreba samoinstrukcija.

Brojne terapijske tehnike u okviru ovog pristupa dijele se u tri velike skupine: tehnike kognitivnog restrukturiranja, tehnike sučeljavanja i terapije rješavanja problema.

LITERATURA:

- Bandura, A. (1969). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall. New York.
- Braswell, L.; Kendall, P.C. (1988). *Cognitive-Behavioral Methods with Children* u Dobson K. (Ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, The Guilford Press, New York.
- Dobson, K. (1988). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, The Guilford Press, New York.
- Freeman, A.; Pretzer, J.; Fleming, B.; Simon, K. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*, Plenum Press, New York.
- Hawton, K.; Salkovskis, P.; Kirk, J.; Clark, D. (1990). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- Kazdin, A. (1984). *Behavior Modification in Applied Setting*, Homewood, II Dorsey Press.
- Kendall, P.; Braswell, L. (1985). *Cognitive-Behavioral Therapy for Impulsive Children*, The Guilford Press, New York.
- Mahoney, M. (1980). *Abnormal Psychology, Perspectives on Human Variance*, Harper Row, San Francisco.

.....
Szentmartony, M. (1985). Kognitivna psihoterapija u AniĆ, N. (Ed) Praktikum iz bihevior terapije II, DPH, Zagreb.

Yates, A. (1970). Behavior Therapy, John Wiley & Sons, New York.

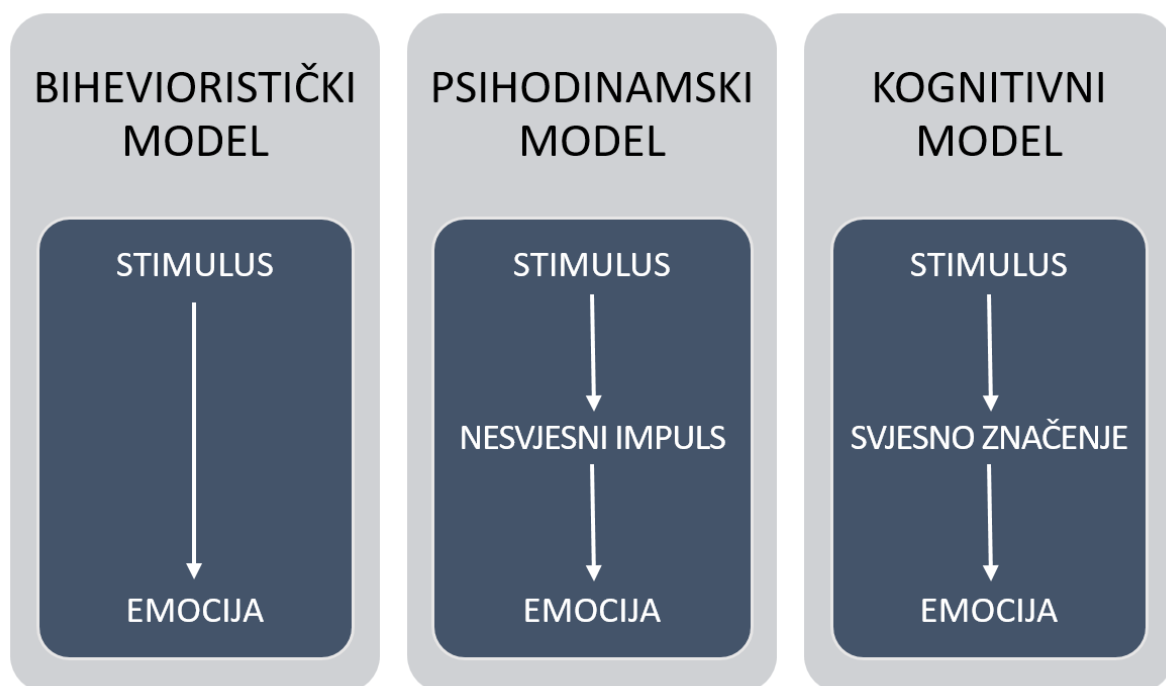
Kognitivna psihoterapija

Mikloš Biro

Uprkos mnogobrojnim međusobnim razlikama, tradicionalni teorijski modeli koji se koriste u objašnjavanju emocionalnih poremećaja imaju jednu zajedničku osobinu: Psihopatološki proces posmatraju kao posledicu skrivenih sila koje pacijent ne može da kontroliše. Medicinski (odnosno, model biološke psihijatrije) traga za biološkim uzrocima, za indikatorima lezije CNS-a; psihodinamski model ukazuje na nesvesne dinamizme kao na glavnog „krivca“ za pojavu patologije; a po formuli bihevioralnog modela poremećaj je posledica nevoljnih refleksa, odnosno uslovljavanja.

Tek sa pojavom kognitivne psihoterapije počeo se osvetljavati značaj svesnih zamisli i ideja i počeo naglašavati značaj zdravog razuma kao važnog činioca u čovekovoj borbi s psihološkim problemima. Tendencije psihoanalitičara da svesne sadržaje smatraju samo prerusenim reprezentantima nesvesnih konflikata, a biheviorista da ih tretiraju kao nevažne činioce jer podležu subjektivizmu, dovele su do zapostavljanja tako važnih kognitivnih koncepata kao što su samoprocena, samoidentitet, svest o sebi i sl., a bez kojih je nemoguće razumeti psihopatologiju, niti ljudsko biće uopšte.

Osnovni koncept kognitivnog pristupa podrazumeva postojanje jednog generalnog kognitivnog mehanizma koji se umeće između stimulusa i reakcije, između percepcije i emocionalnog odgovora. Taj mehanizam ili, kako bi ga teoretičari informacija (sa kojima kognitivni terapeuti imaju puno dodirnih tačaka) nazvali: „reprezentantni sistem kodiranja“ predstavlja prvi filter putem kojeg se percipirani događaji u okolini procenjuju u smislu da li nas se oni „tiču“ ili ne, a zatim se vrednuju u smislu: prijatno-neprijatno, dobro-zlo, privlačno-neprevlačno.



Osnovna vrlina i privlačnost kognitivne psihoterapije je što se oslanja na ove racionalne komponente ljudskog bića. Ono računa na razrađenu tehniku rešavanja svakodnevnih problema i koristi je u rešavanju psihopatoloških teškoća. Tokom svog razvoja čovek se ponaša slično naučniku: on posmatra, postavlja hipoteze, proverava njihovu validnost, izvodi zaključke i eventualno formira generalizacije koje će mu pomoći da u sličnim situacijama donosi brze odluke. U rešavanju psiholoških problema, procesi logičkog zaključivanja, testiranje i validiranje hipoteza, te generalizacije, neophodni su da bi osoba mogla da donese odluke u skladu sa realitetom, da razrešava konflikte i da se adekvatno suočava sa odbacivanjima, razočarenjima i opasnostima. Cilj kognitivne terapije je da menja pogrešne premise, ispravlja greške u zaključivanju i usmerava ga što bliže objektivnoj realnosti.

Istorijat

Prvi koji su ukazivali na značaj kognitivnih obrada informacija bili su stoici. Epiktetova sentencija: „Ljude ne ometaju događaji već viđenja tih događaja i stavovi koje o njima imaju“, verovatno da najsazetije odslikava suštinu kognitivnog pristupa. Tragovi ovakvih postavki sreću se kasnije i kod drugih filozofa - Baruna de Spinoze, Bertranda Rasela i dr.

Od psihologa pretečom kognitivista može se smatrati Alfred Adler koji je tvrdio da pogrešne pretpostavke i krive ideje mogu imati kobne posledice po „životni stil“ pojedinca. Nešto svežiji primer je Džordž Keli koji u svojoj teoriji personalnih konstrukata takođe govori o kognitivnim strukturama koje formiraju ponašanje pojedinca.

No, prvu kompletnu kognitivnu teoriju dao je Albert Elis (Ellis; 1962). Svoju postavku o ABC formuli emocionalnih poremećaja, iz koje je kasnije izrasla RET (racionalno-emotivnaterapija), on je prvi put izneo još 1956. godine. Po toj formuli, gde je A - aktivirajući događaj, B - verovanja, zamisli i samoverbalizacije, a C - reakcija, glavnu ulogu ima B, iako mi pogrešno pretpostavljamo da C direktno sledi iz A.

Dakle, ono što ljudi sebi govore, njihove „unutrašnje tvrdnje i ideje“ mogu da pokreću i menjaju emocije. A, u zavisnosti od toga da li se emocije vezuju za adekvatne ili neadekvatne (tj. kako Elis kaže - „iracionalne“) ideje i misli i one će biti odgovarajuće ili neodgovarajuće, tj. funkcionalne ili nefunkcionalne. Tako je strah u situaciji kada postoji objektivna opasnost - funkcionalan, ali je anksioznost (u smislu neurotičnog straha) - nefunkcionalna, jer se zasniva na iracionalnoj ideji i neadekvatnoj proceni situacije.

Iracionalne ideje rudimenti su dečjeg poimanja sveta, ali često mogu biti i posledica indoktrinacije raznim predrasudama i stereotipima odraslog sveta, te šabloniziranog, idealizovanog i crno-belog viđenja socijalnih relacija.

Elis ističe tri osnovne iracionalne ideje:

1. Ja moram biti uspešan, kompetentan i adekvatan i moram dobiti priznanje od drugih.
2. Okolina se prema meni mora ophoditi korektno, pošteno, sa ljubavlju i pažnjom.
3. Uslovi u kojima živim moraju biti i ostati dobri; moram dobiti sve što mi treba i što mi pripada.

Evo nekoliko primera iskaza pacijenata koji sadrže iracionalne ideje: „*Svi ljudi treba da me*

vole, inače ne mogu biti sretna.“, „Čovek mora da uradi nešto veoma značajno u životu da bi išta vredeo“, „Kad god pogrešim, shvatim koliko sam nesposoban“.

U kasnijim radovima, Elis je tri osnovne iracionalne ideje razradio u dvanaest „tipičnih“ iracionalnih ideja.

Iako je Elisova teorija imala ogromnog uticaja, terapijska procedura ostala je nedovoljno razrađena, bazirana na uopštenim principima i procesima koji se ne mogu empirijski verifikovati i meriti.

Njegov značaj, pre svega, je u tome što je on prvi ukazao na nedovoljnost i nepotpunost klasičnog S-R obrasca ponašanja.

Za razradu kognitivnih medijatornih procesa u regulisanju ponašanja zaslužan je, međutim, Albert Bandura čija knjiga „Principles of Behaviour Modification“ (1969) predstavlja, svakako, prekretnicu u razvoju kognitivnih psihoterapija.

Danas postoji nekih desetak relativno nezavisnih kognitivnih pristupa psihoterapiji koji se mogu svrstati u tri grupe: A) Tehnike kognitivne restrukturacije (Elis, Bek, Meihenbaum); B) Tzv. „coping skills“ tehnike (Lazarus, Goldfrid, Kautela) i C) Tehnike rešavanje problema (Mahoni).

Po obimu patologije koju pokriva i po razrađenosti terapijske tehnologije, svakako je najznačajnija i najzanimljivija Bekova (Beck, 1978) kognitivna terapija, pa ćemo se na njoj nešto više zadržati.

Bekova kognitivna terapija

Do svojih saznanja koja su ga usmerila u pravcu stvaranja novog psihoterapeutskog koncepta, Bek je došao kroz dugogodišnju praksu bavljenja depresivnim poremećajima. Bazičnu pretpostavku klasične psihijatrije da su depresivni kognitivni sadržaji samo simptom, samo efekat u čijoj osnovi stoji afektivni poremećaj (sa implicitnom pretpostavkom biološkog poremećaja) Bek je obrnuo: On tvrdi da u osnovi depresije leže kognitivne distorzije, a da je efekat posledica, a ne uzrok! Bez obzira što ova tvrdnja još uvek nije u potpunosti dokazana, očigledna efikasnost Bekove kognitivne psihoterapije u tretmanu depresivnih poremećaja ¹dovela je do izuzetne popularnosti njegove teorije i do dalje razrade osnovnih teza, te do širenja indikacionog područja na sve vrste anksioznih poremećaja, paranoidne poremećaje, itd.

Kao i drugi kognitivnisti i Bek smatra „unutrašnji govor“, odnosno „samoinstrukcije“ odgovornim za celokupno ljudsko ponašanje. Nakon dekodiranja informacija iz spoljnog sveta, proces donošenja „output“ odluke svod: se na samousmeravanje, odnosno na verbalne poruke koje usmeravaju ponašanje. Ove verbalne poruke Bek naziva automatskim mislima, a njihovo otkrivanje i korigovanje predstavlja najvažniji zadatak tokom terapeutskog postupka. Automatske misli određenog sadržaja povezuju se u pravila ili pretpostavke, više sličnih pretpostavki u kognitivni set, a čitava kognitivna organizacija u kognitivnu šemu. Ako je kognitivna šema bazirana na nizu kognitivnih distorzija, onda ona neizbežno vodi u psihičke poremećaje.

¹ Po rezultatima jedne od najvećih i najskupljih studija do sad obavljenih u psihijatriji koju je američki NIM dovršio 1986., kao i mnogih drugih studija (Simons i sar. 1986; i dr.) Bekova kognitivna terapija depresije pokazala je neuporedivo bolje efekte od farmakoterapije (posebno u smislu smanjenog broja recidiva), kao i u odnosu na druge psihoterapeutske pristupe.

Automatske misli Bek je uočio tokom svoje psihoterapeutske prakse: Pacijenti su saopštavali nizove misli koje su tekle paralelno sa iznesenim misaonim sadržajem i koje su bile ključne za razumevanje njegovog (patološkog) ponašanja. Najčešće se pacijenti nisu spontano izjašnjavali o ovim mislima, ali je, na iznenađenje Beka (koji je bio psihoanalitički obrazovan), do njih bilo relativno lako doći bez ikakvih posebnih tehnika „evokacije nesavesnih sadržaja“. Dakle, zaključuje Bek, radilo se o svesnim sadržajima!

Ova „paralelna ideacija“ pojavljivala se automatski i bila je izuzetno brza, tako da su se pacijenti morali prethodno uvežbati u introspekciji da bi je mogli registrovati.

Često su se pojavljivale u svojevrsnom telegrafskom obliku - samo kao ključna reč iz rečenice, a ponekad i kao kratkotrajne predstave. Ono što je posebno značajno za razumevanje značaja koje automatske misli imaju u formiranju psihopatologije, je da se automatske misli doživljavaju kao aksiomi - pacijenti ih doživljavaju kao validne, uverljive, razumne i realne, bez obzira koliko su one, u suštini, iracionalne! Sadržaj automatskih misli svodi se na interpretaciju događaja, značenje događaja i očekivanja kakve posledice će i događaj i reakcija na događaj imati po individuu, odnosno po njen lični domen.

Pojam ličnog domena blizak je geštaltističkom pojmu individualnog polja - on se sastoji od samog pojedinca u fizičkom smislu, njegovog koncepta o sebi, njegovih karakteristika ličnosti, ciljeva i vrednosti; te objekata i atributa tih objekata koji predstavljaju neku vrednost za tu osobu, odnosno u kojima ona ima svojih ličnih investicija. Lični domen od posebne je važnosti, jer priroda čovekove emocionalne reakcije (pa tako i emocionalnog poremećaja) zavisi od toga da li se događaj procenjuje kao uklopljiv ili neuklopljiv, ugrožavajući ili podržavajući za njegov domen. Na taj način, emocionalna reakcija može delovati paradoksalno za objektivnog posmatrača, ali će ona imati smisla u odnosu na pacijentovu procenu relacije između određenog događaja i njegovog ličnog domena.

Po Bekovom konceptu, osnov za javljanje emocije tuge je doživljaj gubitka. Kvantitet i kvalitet emocionalne reakcije u direktnoj je zavisnosti od procene značaja gubitka po lični domen pojedinca. Gubitak se može odnositi na neki konkretni objekat, ali i povredu samopoštovanja, pad vrednosti člana domena, neuspeh ili nedostatak potvrde uspeha, te fantaziju budućeg gubitka, hipotetski ili pseudogubitak (koji objektivno ne postoji).

Suprotno od doživljaja tuge, za euforično raspoloženje zaslužna je percepcija dobitka, tj. povećanje vrednosti ličnog domena. Sve ono što je rečeno za tugu u negativnom smislu, važi za euforiju u pozitivnom smislu.

Za pojavu straha, neophodna je procena opasnosti po lični domen. Pri proceni opasnosti određene situacije, kalkulišu se dva elementa: verovatnoća, bliskost i stepen potencijalne štete, s jedne strane i stepen odbrambenih moći s druge strane. Opasnost može biti različite prirode - od fizičke povrede ili bola, ozbiljne bolesti, socijalnog odbacivanja, finansijske katastrofe - a kada se strah pojavi uz objektivno bezopasne situacije, po pravilu se radi o idiosinkratičnim, disfunkcionalnim tumačenjima situacije koja vode u emocionalni poremećaj koji nazivamo anksioznom neurozom.

Izvorište emocija besa je procena da postoji napad na personalni domen. Međutim, ljudima nije svojstveno da reaguju ljutnjom ako procene da je fizički ili verbalni atak pravedan ili razuman. Dakle, pored doživljaja napada (to može biti fizički napad, kritika, prinuda, odbacivanje, deprivacija i sl.) neophodna je i procena da je napad nepravedan. Dokle god obezvređivanje svoje ličnosti doživljava kao fer i u skladu sa nekim opštim

moralnim normama, osoba će biti tužna, a tek ako napad može da opravda negativnim osobinama napadača, onda će ispoljiti bes. Pored direktnog napada, bes će se javiti i kada se lični domen narušava indirektno (npr. kada se gost hvališe i time posredne izvršava osobu samopotencijivanju; kada neko drugi dobije nezasluženu nagradu, i sl.), kao i kada je napad samo hipotetičan, odnosno kada se krši neko pravilo koje osoba smatra važnim, iako on sam nije direktno ugrožen (nepoznati vozač prođe kroz crveno svetlo, npr.). Dakle, procena negativnosti napada i napadača mnogo je važnija od objektivno moguće štete po domen.

U svim ovim slučajevima, neadekvatne procene koje su posledica kognitivnih distorzija, vode u emocionalni poremećaj. Ove procene se javljaju u formi idiosinkratičnih kognitivnih sadržaja koji su zasnovani na negativnim automatskim mislima, disfunkcionalnim pretpostavkama i iracionalnoj kognitivnoj šemi.

Na tabeli 1 prikazani su bazični kognitivni sadržaji kod različitih psihopatoloških kategorija.

Tablica 1.

POREMEĆAJ	IDIOSINKRATIČNI KOGNITIVNI SADRŽAJ	EMOCIJA
Depresija	Pad vrijednosti domena	Tuga
Hipomanija	Porast vrijednosti domena	Euforija
Paranoidna stanja	Nepravedni napad na domenu	Srdžba
Anksiozne neuroze	Opasnost po domenu	Strah

Kao što smo već pomenuli, automatske misli se najčešće javljaju sa sličnim sadržajem koji odražava osnovnu samoinstrukciju, što Bek naziva osnovnom pretpostavkom ili pravilom. One formiraju specifični stil interpretacije i pridavanja značenja događajima, određuju očekivanja i upravljaju postupcima individue.

Kako nastaju ove pretpostavke? Bek ih dovodi u vezu sa nagomilanim prethodnim iskustvom koje formira internalizovane zaključke o sebi, sopstvenim mogućnostima i svetu koji nas okružuje i koji se potom javljaju u vidu nepobitnih aksioma - odnosno pretpostavki, u svakoj kasnijoj proceni nove situacije. One, u stvari, predstavljaju osnovnu premisu na osnovu koje se dedukcijom izvode zaključci u svakom pojedinačnom slučaju. I, naravno, ako ta osnovna premissa nije u skladu sa realnošću, ni zaključivanje ne može biti racionalno i funkcionalno.

Evo kako to izgleda na jednom primjeru:

PREMISA MAJOR: „Ako nisam voljen, bezvredan sam.“

AKTUELNA SITUACIJA: „Žena me više ne voli.“

ZAKLJUČAK: „Ja sam bezvredan.“

Iz iste premise (tj. u terminologiji Beka - disfunkcionalne pretpostavke) može se javiti i zaključak o tome da je osoba neinteresantna za socijalnu sredinu, što će se iskazivati kroz automatske misli „Ja sam dosadan“ kadgod je u društvu i što će, u tom slučaju, stvoriti snažnu socijalnu anksioznost.

Novije teorije kognitivne psihologije (Clark i Beck, 1988) eksperimentalno su potvrdile Bekove zaključke o tome da se disfunkcionalna verovanja i pravila sličnog sadržaja zajedno asociraju u pamćenju i tako formiraju kognitivne strukture višeg reda koje zovemo šemama.

Šemu povezanu sa jednom ili više specifičnih situacija (socijalna situacija, npr.) Bek naziva kognitivnim setom, a opštu šemu - kognitivnim modusom.

Osnov za javljanje patoloških, disfunkcionalnih pretpostavki Bek nalazi u logičkim greškama koje naziva kognitivnim distorzijama. To su:

1. **Personalizacija** - interpretacija događaja na izrazito egocentričan i subjektivni način; neprestana potreba da se poredi sa drugim (pri čemu se taj drugi doživljava kao bolji, uspešniji) i da se događaji interpretiraju kao da su povezani i značajni za osobu (iako često nemaju nikakve veze s njom).
2. **Polarizovano mišljenje** - tendencija da se misli u „sve ili ništa“ terminima. Mora se biti uvek najbolji; događaji se interpretiraju kao katastrofe. Prosečnost se ne toleriše, a neutralni događaji gotovo da ne postoje.
3. **Selektivni izvod** - iz situacije se izvlače samo pojedinačni detalji (koji, tako istrnuti iz konteksta, često nemaju nikakvog značaja) i na bazi tog detalja se formiraju generalizacije i izvlače (negativni) zaključci relevantni za sopstvenu vrednost ili sudbinu.
4. **Preterana generalizacija** - jedan jedini ili samo mali broj događaja uzima se kao dokaz na kome se temelji generalni zaključak o sopstvenom ponašanju, vrednosti ili sreći.
5. **Arbitrarni izvod** - stvaranje zaključaka o događajima ili iskustvu, iako stvarno ne postoje dokazi koji bi potkrepili takve zaključke ili su čak zaključci sasvim suprotni dokazu.

Bek i njegovi saradnici posebno su razradili (i u teorijskom i u terapijskom smislu) kognitivne aspekte depresivnih i anksioznih poremećaja.

Kognitivni poremećaj u depresiji

Za depresivni poremećaj karakteristična je kognitivna šema u kojoj dominira depresivna tema. Kompletan interpretacija prethodnog iskustva, tumačenje aktuelnih događaja i pogled na budućnost zasićeni su temama sopstvene in- suficijencije, samopotcjenjivanja i pesimizma. Osjećaj gubitka u odnosu na lični domen koji dominira u depresiji, posledica je kognitivnih distorzija koje se mogu svesti na tri grupe sadržaja: negativno doživljavanje sebe, negativno viđenje sveta koji ga okružuje i negativno predviđanje budućnosti. Bek to naziva kognitivnom trijadom u depresiji. Ovakvi kognitivni sadržaji vode ka specifičnom emocionalnom odgovoru - javlja se tuga, a ova zatim dovodi do javljanja ostalih depresivnih simptoma, što opet pojačava negativne kognitivne sadržaje i - grudva počinje da se kotrlja nizbrdo.

Precipitirajući događaji koji izazivaju osjećaj gubitka mogu biti različiti - od konkretnog objekta ili osobe, do hroničnog raskoraka između očekivanja i postignuća - ali je od samog događaja mnogo važnije značenje događaja. Za razliku od „normalnih“, depresivni pacijenti pridaju posebno, predimenzionirano i suviše opšto značenje gubitku. Njihove interpretacije posledica gubitka su u stilu: „Bez nje ja sam niko i ništa; nikad više neću biti sretan.“

Prateći fiziološki simptomi depresije kao što su gubitak apetita i poremećaj spavanja takođe se obrađuju u pesimističkom smislu („Nikad više neću biti u stanju da spavam

normalno“), a pad aktivnosti i radne efikasnosti potkrepljuje njihov doživljaj sopstvene bezvrednosti. Ova cirkularnost vuče pacijenta u sve dublju depresiju, a prekid tog lanca jedan je od prvih ciljeva kognitivnog terapeuta.

Mehanizam samooptuživanja, odnosno osećanja krivice, Bek tumači analogijom sa optuživanjem drugih: Prvo se traži neka loša osobina optuženog (sebičnost, bezosećajnost i sl.), zatim se ta osobina generalizuje da bi se optuženi *diskvalifikovao* („*On je, tj. ja sam, loš čovek*“). I posle ovakve moralne osude razmatra se mogućnost kažnjavanja optuženog, da bi se on, na kraju, potpuno odbacio kao osoba. Na ovakav način se, dakle, formiraju samooptuživanje, pri čemu je, naravno, cilj optužbe sama depresivna osoba.

Selektivni i arbitarni izvod su posebno upadljive kognitivne distorzije u depresiji. Depresivna kognitivna šema je poput semipermeabilne membrane - ona propušta samo negativne događaje, a ne registruje i ne dopušta upamćivanje događaja koji su pozitivni, prijatni i koji opovrgavaju doživljaj depresivne osobe da je nesrećna, nesposobna, nevoljena i da je sveopšti gubitnik.

Ovakva „*tunelska vizija*“ sebe vodi u zaključak da će tako uvek i biti i tako stvara sveopšti pesimizam. Pripisujući doživljene (i nedoživljene) neuspehe svojoj nesposobnosti, depresivna osoba očekuje da će se oni ponavljati i u budućnosti. A kako je i sama ideja o budućem gubitku, odnosno neuspehu, jednako snažna kao i sam doživljaj gubitka, pesimistička vizija budućnosti je takođe dodatni generator depresivnosti.

Posebna pažnja kognitivnog psihoterapeuta usmerena je motivacionim defektima depresivnog pacijenta. Budući da depresivac, u skladu sa svojom opštom slikom o sebi i svojoj budućnosti, ima stalnih negativnih očekivanja, on je usvojio stav da „*nema smisla ništa pokušavati, jer ionako neću uspeti*“. Ovakvo objašnjenje energetske deficita u depresiji, sasvim se približava Seligmanovoj (Seligman, 1974) teoriji depresije kao „*naučene bespomoćnosti*“. U praksi se ovo potvrđuje iskazima pacijenata u stilu: „*Isuviše sam umoran da učinim bilo šta. Ako budem aktivniji, samo ću se još gore osećati*“. Međutim, svoju neaktivnost depresivac počinje kasnije da doživljava kao dokaz sopstvene neefikasnosti i krug se još jednom zatvara.

Prekid pasivizacije depresivnog pacijenta jedan je od ključnih zadataka kognitivne terapije. Cilj je - obrnuti ciklus u suprotnom smeru: Postepeno pojačavati i pospešavati aktivnost, što će popraviti samoocenu i podići motivaciju za dalju aktivnost - da bi se značajnije poboljšala aktivnost koja će na kraju tako ponavljano ciklusa popraviti i opšte stanje pacijenta. Počinje se obično od sasvim lakih i pacijentu jednostavno izvodljivih aktivnosti, a uspešnost u njihovom izvođenju koristi se kao dokaz protiv negativnih pretpostavki pacijenta, da bi se potom postepeno prešlo na sve komplikovanije i komplikovanije delatnosti.

Kao što se vidi, Bekov pristup terapiji depresivnosti je simptomatski (vidi: Dodatak). U tom smislu on je razvio i dijagnostički pristup i konstruisao skalu koja meri izraženost 21 simptoma depresije (Beck Depression Inventory). Na osnovu svog iskustva (a tome u prilog navodi i brojne evaluativne studije - Bek i sar. 1979) on smatra da je intenzitet i kvalitet depresije nevažan za efikasnost kognitivne terapije. Na taj način, brojne klasične dijagnostičke dileme vezane za depresivni poremećaj (neurotično-psihotično, endogeno-reaktivno, primarno-sekundarno) postaju neinteresantne sa aspekta terapije!

Kognitivni poremećaji kod anksioznih stanja

Kao što smo već pomenuli, po kognitivnoj teoriji, anksioznost nastaje kao posledica procene opasnosti po lični dornen, odnosno kao posledica interpretacije određenog događaja kao opasnog, iako je on objektivno bezopasan. Postoje četiri karakteristične kognitivne greške koje dovode do precenjivanja opasnosti:

- Precenjivanje mogućnosti javljanja opasnosti,
- Precenjivanje veličine opasnosti,
- Potcenjivanje odbrambenih mogućnosti (šta mi sami možemo uraditi),
- Potcenjivanje mogućnosti spasavanja (od drugih).

U situacijama stvarne opasnosti, funkcija straha je da aktivira organizam za borbu ili bežanje. Kognitivni pratilac straha je fokusiranje pažnje na opasnost i na mogućnost savladavanja opasnosti, a fiziološki pratioci su usmereni na promene u ANS koje treba da pripreme organizam na povećanu aktivnost. Međutim, u situaciji kada opasnost realno ne postoji, a strah se javlja samo kao posledica iskrivljene percepcije ili zaključivanja, pomenuti kognitivni i fiziološki pratioci straha gube svoju funkciju i postaju izvorište teskobe. Tada govorimo o anksioznosti. Simptomi anksioznosti najčešće se doživljavaju kao novi izvor opasnosti, i tako se po principu *circulus vitiosus-a* anksiozna stanja održavaju ili, što je još češće, pojačavaju.

Opšti model kognitivne teorije primenjiv je na sve anksiozne poremećaje. Međutim, svaka od kategorija anksioznih (čitaj: neurotskih) stanja ima i svoje specifične sadržaje ili distorzije. Razmotrimo ih pojedinačno:

Panika: Osnovni sadržaj poremećaja panike je strah od bliske unutrašnje katastrofe (infarkt, prestanak disanja sa smrtnim ishodom, mentalno rastrojstvo i sl.) i osećanje gubitka kontrole nad fizičkim ili mentalnim funkcijama. Većina negativnih misli ovih pacijenata odnosi se na smrt ili ludilo, a posledice su pogrešne interpretacije telesnih senzacija - najčešće baš onih koje se javljaju kao produkt anksioznosti (lupanje srca, gubitak daha i sl). Tako pacijent sam sebi „pumpa“ anksioznost, vrteći se u ovom krugu pogrešnih interpretacija.

Fobije: Ideacija fobičara odnosi se na preuveličanu percepciju opasnosti koja je povezana sa nekom konkretnom situacijom (npr. visina) ili specifičnim objektom (npr. pauk).

Agorafobija koja se javlja veoma često kao pratilac napada panike, ima nešto drugačiji sadržaj: Pacijent koji je doživio nekoliko neprijatnih napada panike, počinje da se boji da izlazi iz zaštićene sredine sam, verujući da mu se napad može ponoviti i da će se opasnost povećati ako ne bude imao nekog ko će mu u tim trenucima pomoći.

Sličan sadržaj - strah od straha, ima i socijalni fobičar. On se boji procene od strane drugih, smatrajući da će njegove „slabosti“ biti uočene i da će biti odbačen od društva. Simptome anksioznosti, slično agorafobičaru koji ih tumači kao dokaz nastupajuće katastrofe, socijalni fobičar tumači kao još jedan elemenat koji će doprineti da ga drugi procene kao manje vrednog i sposobnog („Ako prijatelji budu videli kako mi se znoje ruke, proglašić me šmokljanom“).

Generalizovana anksioznost: Najčešći sadržaji kod ovog tipa poremećaja su: strah od fizičke povrede, bolesti ili smrti; strah od mentalne bolesti; strah od gubitka kontrole nad

fizičkim ili mentalnim funkcijama; strah od neuspeha ili nemogućnosti rešenja problema; strah od odbacivanja, potčinjavanja od strane drugih. Ovaj se poremećaj sreće često i uporedo ili kao prelazni oblik poremećaja panike i depresije.

Opsesivno - kompulzivni poremećaj: Opsesivne misli koje se javljaju i kod „normalnih“ subjekata, u slučaju težih kliničkih slučajeva postaju kognitivni stimuli koji provociraju negativne automatske misli, a koje, u suštini, izazivaju poremećaj. Tako, na primer, pomisao „Dete bi moglo da mi se istrgne iz ruke i da utrči pod točkove automobila“, provocira negativnu misao „Ja sam nepažljiva, loša majka“ – i tako nastaje opsesivni poremećaj. Sadržaj automatskih misli najčešće je povezan sa osećanjem sopstvene krivice ili prekomerne odgovornosti.

Hipohondrija: I u ovom slučaju osnovica poremećaja je pogrešna interpretacija telesnih senzacija i znakova kao pokazatelja bolesti. Međutim, za razliku od panike, gde pacijent očekuje neposrednu, blisku katastrofu, u slučaju hipohondra opasnost se doživljava kao udaljenija (umiranje za nekoliko meseci). Pored toga, dijapazon mogućih senzacija koje hipohondar pogrešno interpretira znatno je širi.

Principi i tehnike kognitivne terapije

Kognitivni psihoterapeutski pristup baziran je, sa jedne strane, na kognitivnom etiološkom modelu emocionalnih poremećaja, a sa druge, na edukativnom modelu korekcije ponašanja.

Osnovni postulati (Foreyt i Goodrich, 1983) su:

1. Kognitivni (medijacioni) procesi su osnovna poluga razvoja prilagođenih i neprilagođenih formi ponašanja i emocionalnih reakcija.
2. Kognitivni se procesi mogu izazvati i proučavati u eksperimentalnoj i terapijskoj situaciji.
3. Moguće je uticati na kognitivne procese i, na taj način, menjati ponašanje i emocionalne reakcije.

Tokom terapije uporedo se koriste tri vrste pristupa: f

„Intelektualni“ pristup podrazumeva identifikaciju iskrivljene konceptualizacije - „kognitivnih distorzija“, „negativnih automatskih misli“ i „disfunkcionalnih pretpostavki“, te razvijanje novih, prilagođenijih i racionalnijih formi kognicije.

Terapeut u KT se prevashodno bavi aktuelnim kognicijama. Pri tome koristi različite tehnike - od zahteva da pacijent sam analizira svoje misli, emocije i ponašanje u problematskim situacijama; preko upotrebe formulara koji pacijenta navode na samoopažanje; postavljanja direktnih i indirektnih pitanja; parafraziranja delova rečenice; pa sve do direktnog saopštavanja pacijentu šta terapeut zaključuje o tome koje su to neprilagođene kognicije dovele pacijenta do sadašnjeg stanja.

„Iskustveni“ pristup podrazumeva navođenje pacijenta u situacije koje će dovesti do promene disfunkcionalnih kognicija i iracionalnog ponašanja. Pri tome se odabiraju situacije koje će doprineti poboljšanju pacijentove slike o sebi, ali i one iz kojih pacijent crpi „dokaze“ za svoje negativne pretpostavke o sebi, ali uz orijentaciju ka testiranju alternativnih hipoteza i k prikupljanju „pozitivnih“ činjenica iz tih situacija, Ovim postupkom učenja da se uči iz

sopstvenog iskustva, kognitivna terapija veoma se približava klasičnoj bihevioralnoj proceduri, pa čak i koristi neke poznate bihevioralne postupke (izlaganje, modeliranje i sl.) kao dopunske tehnike. Iz tog razloga, naziv kognitivna terapija, mnogi autori zamenjuju nazivom „kognitivna - bihevior“ terapija.

„Bihevioralni“ pristup podrazumeva učenje nekih novih oblika ponašanja koji će dovesti do promene opšteg pogleda pacijenta na sebe i svet koji ga okružuje. To su takođe tehnike preuzete iz ortodoksne bihevior terapije („social skills training“, „coping skills training“ i sl.).

Bihevioralni postupci u KT imaju veoma važnu funkciju feedback-a čime se učenje novog načina mišljenja i ponašanja znatno ubrzava i pospešuje.

Uprkos velikim sličnostima, KT se, ipak ni slučajno ne može svesti na varijaciju bihevior terapije. Pored osnovnog teorijskog koncepta, postoje i veoma značajne razlike u odnosu terapeut - klijent. Veoma se veliki značaj pridaje kontaktu, odnosno „empatiji“, a terapijski odnos je zamišljen kao saradnja dva potpuno ravnopravna partnera. Dakle, nema „učitelja“ i „učenika“, već dva ravnopravna istraživača koja tragaju za problemom. Pacijentove negativne misli se tretiraju kao hipoteza, a terapeut i pacijent zajedno rade na prikupljanju dokaza za i protiv te hipoteze. Terapeut u KT, dakle, nije direktivan, on ne nudi odgovore, već koristi „sokratovski metod“ - postavlja seriju pitanja pomažući pacijentu da sam dođe do odgovora. Čak i onda kada eksplicitno ukazuje na pogrešnu kogniciju, terapeut mora da proveriti koliki je stepen prihvatanja te tvrdnje od strane pacijenta. Jer, veoma je čest slučaj da pacijent verbalno prihvati terapeutov zaključak, da prihvati njegovu logičnost, ali da taj zaključak ipak ne prodre u pacijentov osnovni sistem verovanja („*Sve to zvuči veoma logično, ali ja još uvek ne verujem da to važi i za mene*“). Prema tome, očito je da je motivacija pacijenta za učešće u terapeutskim procedurama neophodan uslov uspešnosti tretmana.

U strukturi kognitivne terapije uočavaju se tri osnovna koraka:

1. Identifikacija negativnih automatskih misli i disfunkcionalnih pretpostavki.
2. Modifikacija negativnih automatskih misli i disfunkcionalnih pretpostavki.
3. Bihevioralni eksperimenti i učenje novog ponašanja.

Identifikovanje negativnih misli

Kao što smo već istakli, negativne automatske misli su nerazumne, disfunkcionalne i idiosinkratske. One se javljaju automatski, u vidu paralelnog toka misli: Uz, na primer, izjavu „*Osećam se anksiozan u društvu*“, ide automatska misao poput „*Shvatiće koliko sam glup*“ i sl. Automatska misao predstavlja procenu situacije i samog sebe u datoj situaciji i kao takva, određuje emocionalnu reakciju na situaciju. Samim tim, njeno otkrivanje je ključ za terapijsku intervenciju.

Evo nekoliko primera karakterističnih negativnih automatskih misli: „*Dosadan sam i svi me izbegavaju*“. „*Svi vide da sam zbunjen i da se znojim*“. „*Nemam ništa pametno da kažem u društvu*“. „*Dobiću infarkt*“. „*Meni se uvek dešava ono najgore*“.

Kod nekih pacijenata do automatske misli dolazi se veoma lako, dok je neke potrebno uvežbavati u introspekciji. Kod anksioznih pacijenata gde automatska misao izaziva stanje straha koje je samo po sebi neprijatno, postoji mogućnost da se jave teškoće koje su posledica

činjenice da pacijenti potiskuju misao ili jednostavno izbegavaju njeno izazivanje. Takođe, prisećanje na tok misli i „hvatanje“ negativne automatske misli može biti otežano činjenicom da pacijent nije anksiozan u terapijskoj situaciji. Istraživanja (Clark i Teasdale, 1985) su pokazala da je pamćenje negativnih automatskih misli u visokoj povezanosti sa emocionalnim (i drugim - fiziološkim) stanjem. Pored toga anksiozna stanja često su provocirana vizuelnom predstavom opasnosti, a ne mišlju, te i to može predstavljati dodatnu smetnju.

U postupku identifikacije, polazi se najčešće od poslednjeg kritičnog događaja i zahteva prvo opis problema u uopštenoj formi, a zatim se prelazi na kompletnu „mentalnu reprodukciju“ situacije i reakcije: kakva je to bila reakcija, šta je radio, kada, gde, kad se počeo osećati loše, koliko (pacijent formira „unutrašnju“ skalu od 0 - 100% i procenjuje svoje stanje), koje su mu se misli javljale („U tom momentu, šta je sevnulo kroz vašu glavu?“, „Da li ste imali neku sliku, predstavu?“, „Šta ste pomislili da može najgore da vam se dogodi?“) i, najzad, koja je predviđanja i pretpostavke imao („Mislite li da ste se mogli ugušiti?“, „Mislite li da imate rak?“).

Kao vid provere da li smo zaista došli do ključne negativne automatske misli, preporučuje se da terapeut sam sebe upita: „Da li bih i ja bio isto tako anksiozan / depresivan da imam tu pomisao i da verujem u nju?“.

Modifikovanje negativnih misli

Prvi korak u postupku modifikacije je uveravanje pacijenta da to što radimo ima smisla, odnosno da zaista postoji povezanost između misli i emocija. U te svrhe, Bek (1979) preporučuje demonstraciju poput ove:

Terapeut: Način na koji osoba razmišlja ili interpretira događaje utiče na njegovo ponašanje i osećanja. Na primer, neko je sam kod kuće i začuje tresak u drugoj sobi. Ukoliko pomisli „U kući je provalnik“, što mislite kako će se osećati?

Pacijent: Veoma anksiozan, užasnut

T: I kako će se ponašati?

P: Možda će pokušati da se sakrije, ili ako se doseti, telefoniraće policiji.

T: Dobro, znači njegova reakcija daje provalnik napravio buku, bila bi anksioznost i on bi se ponašao tako da sebe zaštiti. A sad zamislimo da je osoba čula taj isti tresak i pomislila „Prozor je opet ostavljen otvoren i promaja je nešto srušila“. Kako bi se tada osećala ta osoba?

P: Pa, ne bi bila uplašena. Rastužila bi se ako bi pomislila da je nešto vredno slomljeno, ili bi bila iznervirana zato što su deca ostavila otvoren prozor.

T: A, da li bi njeno ponašanje bilo različito?

P: Naravno, otišla bi da vidi u čemu je problem. Sigurno ne bi telefonirala policiji.

T: Dobro. Znači, ovaj primer nam pokazuje da obično postoje brojni načini na koje se situacija može interpretirati. Takođe, način na koji se neka situacija interpretira utiče na osećanja i ponašanja.

Ovim postupkom postićemo da pacijent vrlo brzo shvati suštinu kognitivnog pristupa.

Ali, da bismo ostvarili i emocionalno razumevanje, potrebno je da neutralnu demonstraciju potkrepimo sličnim primerima iz pacijentovog života.

Za potrebe informisanja pacijenta o kognitivnoj teoriji - dakle o načinu na koji terapeut vidi problem i postupku kojim će problem biti tretiran - koriste se knjižice specijalno namenjene pacijentima, pisane jednostavnim popularnim jezikom. Ove informacije služe olakšanju i ubrzanju terapijskog toka i nesumnjivo pomažu pacijentima da lakše i brže povežu uzroke i posledice, te da se, na taj način, pripreme za promenu u svom mišljenju i ponašanju.

Kao što se može videti, kognitivni pristup veoma se mnogo oslanja na samog pacijenta. Tako se i glavna postupka modifikacije automatskih misli sprovodi u okviru tzv. „domaćeg zadatka“. On ima dvojaku funkciju. Prva je tzv. „princip zadovoljstvo - uspešnost“, a druga registrovanje disfunkcionalnih misli pomoću tehnike „tri stuba“.

U okviru postupka ZU (zadovoljstvo - uspešnost) zadatak je pacijenta da registruje sve svoje aktivnosti i pri tom ih svrstava u odnosu na količinu zadovoljstva ili nezadovoljstva koje mu donose, zatim u odnosu na stepen veštine, odnosno uspešnosti koje u toj aktivnosti pacijent demonstrira, kao i količinu anksioznosti koju mu ta aktivnost eventualno izaziva. Na osnovu tih zabeleški, tokom seanse se analizira i atakuje na pacijentov osećaj niže vrednosti, na njegove pretpostavke da mu „sve ide naopako“, odnosno analiziraju se provokatori anksioznosti.

Isto tako, na osnovu dnevnika se pravi raspored dnevnih aktivnosti u kojem se forsiraju aktivnosti koje donose zadovoljstvo i koje doprinose pacijentovoj pozitivnoj slici o sebi.

Druga funkcija domaćeg zadatka je dnevno vođenje zapisnika o dis- funkcionalnim mislima. Njegova uloga je navođenje pacijenta da pronalazi alternativna tumačenja za svoje misli, da traži racionalne odgovore. Primer ovakvog zapisnika (odnosno „tehnik tri stuba“ u terminologiji Beka) dat je u tabeli 2.

Tokom seanse, terapeut pomaže pacijentu da pronade racionalne odgovore time što ga uči da sam sebi postavlja pitanja. Neka od tih pitanja koja pomažu u testiranju negativnih misli su:

- Šta je dokaz ovih misli?
- Da li postoji alternativni način gledanja na tu situaciju?
- Šta bi neko drugi mislio o toj situaciji?
- Da li je vaše rasuđivanje više bazirano na osećanjima nego na činjenicama?
- Verujete li da će se nešto zasigurno dogoditi, samo zato što se to može dogoditi?
- Da li, kada mislite o tome, mislite na izvesnost ili na verovatnoću?
- Da li sebi postavljate nerealni/nedostižni nivo aspiracija?
- Koristite li reči ili fraze koje su ekstremne ili preterane?
- Zaboravljate li relevantne činjenice ili se preterano usmeravate na irelevantne činjenice?
- Mislite li u „sve ili ništa“ terminima?
- Pa šta ako se to i dogodi?
- Šta bi tu bilo loše ako se to i dogodi?

U slučaju izrazito anksioznih pacijenata gde anksioznost remeti kognitivni postupak,

pacijenti se uče da svoju anksioznost kontrolišu ili metodom relaksacije, ili koncentracijom na neki neutralni ili prijatni sadržaj. Kod posebno uznemirujućih, ruminirajućih misli primenjuje se tehnika „zaustavljanja automatskih misli“ (stop - thinking).

Identifikovanje i modifikovanje disfunkcionalnih pretpostavki

Pojam disfunkcionalne pretpostavke, kao skupa istoznačnih negativnih misli, gotovo je identičan Elisovom pojmu „iracionalne ideje“. Za terapijski postupak, najznačajnije su pretpostavke koje se kreću na osi bol-zadovoljstvo kod depresivnih poremećaja i na osi opasnost-sigurnost kod anksioznih poremećaja. Kao što je već spomenuto pogrešna procena mogućnosti i verovatnoće da se doživi sreća (ili bol) vodi u depresiju, a pogrešna procena opasnosti u anksiozni poremećaj.

Evo nekih primera disfunkcionalnih pretpostavki:

- *Ako ne propustimo drugog u svakoj situaciji - to je sebično,*
- *Moram uvek biti srećan,*
- *Ako ne mogu da učinim najbolje - ne treba ni da radim,*
- *Ako si sam - moraš se osećati mizerno,*
- *Ako postavim pitanje, ispašću glup,*
- *Sramno je pokazati slabost,*
- *Ako me ne voli... ne mogu biti srećan,*
- *Moja vrednost zavisi od toga šta drugi misle o meni,*
- *Ako se ne slažem sa nekim, neće me voleti.*

TABELA 2. Dnevne beleške o disfunkcionalnim mislima

SITUACIJA	EMOCIJE	AUTOMATSKE MISLI	RACIONALNI ODGOVOR	REZULTAT	SLEDEĆA AKCIJA
<p>Opisite:</p> <ol style="list-style-type: none"> Stvarni događaj koji je doveo do negativne emocije niz misli, sanjarenja ili sećanja koji vodi ka neprijatnoj emociji 	<ol style="list-style-type: none"> specifično tužne, anksiozne, ljute ili dr. označite stepen emocije 1 - 100 	<ol style="list-style-type: none"> napišite automatske misli koje su prethodile emociji. označite stepen automatskih misli od 0 - 100% 	<ol style="list-style-type: none"> Napišite racionalni odgovor na automatske misli. označite verovanje u racionalni odgovor od 0 - 100% 	<ol style="list-style-type: none"> Označite verovanje u automatske misli 0 - 100% Specifično navedite i označite kasnije emocije 0 - 100 	
<ol style="list-style-type: none"> U spavaćoj sobi. Nema slika. Tek što ste se probudili. Okolo leže upotrebljene čaše, mnvice po podu. Neprijatno mi je da govorim svom terapeutu - strancu - svoje disfunkcionalne misli. Dok vozim, preosedljiv sam na zvučke. Prijem kod supruga na poslu. Ne poznajem mnogo ljudi, a većina se poznaje. Niste uključeni u razgovor. 	<p>Anksiozan 100</p> <p>Anksiozan 95</p> <p>Anksiozan 80</p> <p>Anksiozan 70</p>	<p>U gužvi sam. Kuća je u neredu i treba odmah to da spremim.</p> <p>Mora da on misli da sam ja lud. Zapisivanje svih tih misli mi je mučno. 75%</p> <p>To (simptomi me plaše. 100%</p> <p>Večeras sam dosadna</p> <p>To znači da sam dosadna osoba.</p> <p>Svako mrzi dosadne osobe, i stoga, nitko me neće voleti.</p>	<p>Ne moram to baš odmah da uradim. Ako se opustim nekoliko minuta i popijem kafu bolje ću to uraditi. Čak i ako ne uradim nema veze.</p> <p>Koga briga što on misli ako uspeva da mi pomogne da mi se popravi raspoloženje. 100%</p> <p>Pa neće me ubiti. 100%</p> <p>Postoji puno objašnjenja zašto ljudi imaju teškoća u razgovoru sa strancem, a pri tom ne misle da su oni dosadni. Takođe, ne procenjujem druge ljude u takvoj situaciji, pa zašto bi oni mene procenjivali?</p> <p>Ako sam danas dosadna, to ne znači da sam uvek dosadna. Nitko nije uvek i potpuno dosadan.</p> <p>No morate da budete duša i srca neke zabave da bi vas ljudi voleli. Mnogi "mirni" ljudi vole druge ljude, a i drugi ljudi vole mirne osobe.</p>	<p>Anksiozan 20</p> <p>1. 0% 2. Anks. 0</p> <p>1. 20% 2. Anks. 0</p> <p>1. 10% 2. Anks. 0</p>	<p>Pokušajte da se opustite prilikom buđenja i uradite ono što uživate ujutro prvo da uradite</p> <p>Sledeći put: 1. Drugim ljudima dajte "besplatne" informacije o sebi da biste im pomogli da vas uključe u razgovor</p> <p>2. Pitajte ih o njima</p> <p>3. Prestanite s čitanjem tuđih misli</p>

Postupak identifikacije disfunkcionalne pretpostavke svodi se na analizu dominantne teme u automatskim mislima pacijenta ili proceduru tzv. „vertikalne strele“ koja podrazumeva traženje verovanja koje stoji iza automatske misli. Posle svake dobijene automatske misli postavlja se pitanje: Šta to za vas znači? i tako se postepeno stiže do osnovne pretpostavke. Na primer:



Modifikaciju disfunkcionalnih pretpostavki kod depresivnih poremećaja Bek praktikuje pri kraju tretmana, sa idejom da menjanje disfunkcionalnih pretpostavki znači radikalne i trajne promjene u „strukтури“ ličnosti, a u odnosu na poremećaj sprečavanje recidiva. Sa druge strane u terapiji anksioznosti promena dis- funkcionalne pretpostavke predstavlja često bazični cilj (npr.: promena „katastrofičnog“ predviđanja kod panike).

Postupak modifikacije disfunkcionalnih pretpostavki predstavlja učenje nove logike, „ispravljanje“ karakterističnih kognitivnih distorzija. On se sprovodi postavljanjem nekoliko tipičnih pitanja:

- Kad se osećate krivim upitajte se: *Ima li dokaza za krivicu?*
- Kad se osećate nesposobnim upitajte se: *Ne čini li vam se da razmišljate u sve ili ništa terminima?*
- Kada vas kritikuju: *Da li ima drugih objašnjenja, a ne - ja sam kriv?*
- Kad se osećate nesigurnim: *Da li iko može znati ishod?*
- Kad se osećate ugroženim: *Čak i ako se nešto loše desi, da li će to meni biti važno za deset meseci?*

Dakle, fokusira se iracionalnost, nerealističnost i nepraktičnost verovanja, te traže dokazi za njih. Potom se istražuju delatnosti koje potkrepljuju negativne stavove i traga za onim aktivnostima koje bi pružale suprotne dokaze. Na kraju se formulišu nova pravila i planiraju koraci koji će ih utvrditi.

Bihevioralni eksperimenti

Kao što je već rečeno, kognitivna terapija primenjuje mnoge tehnike iz bihevior terapije. Najčešće je to izlaganje (posebno kod panike i agorafobije) ili sprečavanje kontrafobičnih aktivnosti (kod opsesivno-kompulzivnih poremećaja). Kod pacijenata sa socijalnom anksioznošću uvežbavaju se različiti oblici socijalnog ponašanja („social skills“). Važan bihevioralni postupak u depresiji je „terapija uspeha“ - eksperimenti koji pacijentu

opovrgavaju ideje o nemoći ili neuspešnosti. Prilikom testiranja pogrešnih pretpostavki veoma često se kreiraju eksperimentalne situacije ili koristi samo ponašanje kao očigledni dokaz, (Primer: hipohondar koji je stalnim glađenjem vrata dovodio do grčenja mišića i pojave crvenila, a što je zatim tumačio kao dokaz oboljenja). Veoma duhovit bihevioralni postupak za borbu sa disfunkcionalnom pretpostavkom je tzv. „kartica za podsećanje“ (flashcard). To je kartica koju pacijent nosi sa sobom i na kojoj sa jedne strane stoji njegova osnovna disfunkcionalna pretpostavka, a sa druge strane racionalni odgovori. Kadgod se nade u problematičnoj situaciji on se putem kartice jednostavno podseti na sva alternativna tumačenja na kojima je insistirano tokom terapije.

Evo kako izgleda jedna ovakva kartica:

Strana 1: Ako ne uspem, ja sam niko i ništa. Raniji uspesi ništa ne vrede, ako ne uspem baš ovog puta. Ako ne budem uspešan, niko me neće voleti i ja ću biti nesrećan.

Strana 2: Ovo što mislim posledica je toga što moji roditelji nisu imali običaj da me nagrade za uspeh, već su uvek naglašavali da moram još da se trudim. U svakom slučaju, to nije tačno, jer su se meni u prošlosti dešavale mnoge lepe stvari koje niko ne može da mi oduzme; u ranijim neuspesima su se svi ponašali jednako prema meni i ima puno dokaza da me mnogi ljudi vole onakvog kakav sam. Pored toga, ova pomisao je štetna, jer me čini nervoznim i depresivnim. Da bih je se oslobodio, treba da napravim listu mojih ranijih uspeha i da neko vreme provedem radeći nešto što mi pričinjava zadovoljstvo.

Jedna od najduhovitijih i najefikasnijih eksperimentalnih procedura svakako je demonstracija efekata hiperventilacije kod pacijenata sa panikom (Šalkovskis i Clark, 1986). U cilju dokazivanja kognitivne teze da je rast anksioznosti posledica pogrešno interpretiranih telesnih senzacija koje su, u suštini, posledica anksioznosti (a ne predznak katastrofe - infarkta, ludila i sl.) u terapijskoj seansi se eksperimentalno izaziva jedna od pratećih pojava anksioznosti - hiperventilacija.

Ubrzanim disanjem (u trajanju od 30-60 sec.) unosi se višak kiseonika, čime se remeti acidobazna ravnoteža u krvi (ph), a koja izaziva niz telesnih senzacija: nesvesticu, mučninu, utrnulost ili obamrlost udova, zamračenost pred očima, povišenu temperaturu kože („udara mi vrućina“), te osećaj gušenja i tahikardiju. Simptomi koje pacijent doživljava tokom eksperimenta gotovo su identični simptomima koje doživljava tokom napada panike, tako da mu se veoma lako može dokazati da ovi simptomi nisu ništa drugo do posledica njegovog straha, a da od katastrofe koju on predviđa nema ni govora.

Eksperiment hiperventilacije pokazao se izuzetno efikasnim terapijskim postupkom, tako da se kod izvesnog broja pacijenata problem panike razrešava već u prvoj seansi!

Perspektive kognitivne terapije

Kognitivne terapije nesumnjivi su „hit“ osamdesetih godina i razloge ovakvoj popularnosti treba, pre svega, tražiti u njihovoj dokazanoj efikasnosti. Preuzevši biheviorističku tradiciju merenja toka i efekata tretmana, kognitivnisti su pružili i sebi i drugima šansu da egzaktno provere efekte kognitivnog pristupa psihoterapiji.

Pored toga, jednostavnost i razumljivost - kako teorije, tako i tehnologije - velika je vrlina ovog pristupa. Nema nikakve mistifikacije, nerazumljivih i neproverljivih konstrukata, tako da tokom čitavog tretmana pacijent ima pun uvid u zbivanja u kojima učestvuje.

Kritike koje se upućuju kognitivnim terapeutima odnose se najčešće na direktivnost i indoktrinaciju (Szentmartoni, 1985). No, nisu li baš ove osobine doprinele ovakvoj uspešnosti u tretmanu depresivnih poremećaja? I, ne može li se primedba o indoktrinaciji, na ovaj ili onaj način, pripisati svakoj psihoterapiji?

Mnogo ozbiljnije primjedbe, po našem mišljenju mogu se uputiti na širinu indikacionog područja na koje kognitivisti pretenduju. Od depresije gde postižu nesumnjive uspehe, preko raznih neurotskih stanja gde nude veoma duhovita rešenja, pretenzije se šire ka paranoidnim stanjima, pa čak i psihozama. Na pitanje kako kognitivna terapija uspeva kod „endogenih“ depresija, Bek i njegove pristalice odgovaraju da ne znaju šta taj termin znači, ali da oni veoma dobro izlaze na kraj sa „teškim“ (severe) oblicima depresija. Uz svo uvažavanje evidentne efikasnosti Bekove terapije depresija, ne možemo, ipak, prenebregnuti očigledne dokaze o postojanju bioloških osnova kod jednog (doduše manjeg) dela depresivnih poremećaja koji bi govorio za postojanje „depresivne bolesti“ i koji bi samim tim, zahtevao (u najmanju ruku, paralelni) tretman biološkim metodama. Najveći broj uporednih studija (Weissman i sar. 1976. i dr.) baš to i preporučuje: farmakoterapiju na početku tretmana, sa ciljem poboljšanja afektivnog i vitalnog statusa i psihoterapiju u produžetku, sa idejom trajnih promena u ponašanju i načinu mišljenja.

Od preostalih primedbi, ostaje još pitanje šta biva sa pacijentima koji su nesposobni za introspekciju? I, nije li ideja o kognitivnoj terapiji psihoza, dakle osoba sa dezorganizovanim kognitivnim funkcijama - *contradictio in adjecto*?

U svakom slučaju kognitivne psihoterapije nisu još rekle svoju poslednju reč, a sudeći po tome šta su nam do sada ponudile, imaće još puno štošta da nam kažu!

LITERATURA:

- Beck, A.T. (1978). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Inter. Univ. Press.
- Beck, A.T.; Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.
- Clark, D.M., Teasdale, J.D. (1985). Constraints on the effects of mood on memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48:1595-1608.
- Clark, D.B., Beck, A.T. (1988). *Cognitive approaches*. U: C. Last & M. Hersen (Eds.): *Handbook of Anxiety Disorders*, New York: Pergamon Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York: Lyle Stuart.
- Foreyt, J.P., Goodrich, K.G. (1983). *Kognitivne Verhaltenstherapie*. U: R.J. Corsini (Ed.): *Handbuch der Psychotherapie*, Basel: Beltz Verlag.
- Seligman, M.E.P. (1974). *Depression and learned helplessness*. U: R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.): *The Psychology of Depression*, Washington: V.H. Winston.
- Simons, A.D., Murphy, G.E., Jeffrey, L.L., Wetzel, R.D. (1986). *Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 43: 43-45.
- Szentmartoni, M. (1985). *Terapija afektivnih poremećaja*. U: N. Anić (Ur.): *Praktikum iz biheviior*

terapije II, Zagreb: SDPH.

Šalkovskis, P.M., Clark, D.M. (1986). Cognitive and physiological processes in the maintenance and treatment of panic attacks. U: I. Hand & U. Wittgen (Eds.): *Panic and Phobias*, Heidelberg: Springer Verlag.

Weissman, M., Klerman, G., Prusoff, B. (1976). The efficacy of psychotherapy in depression: symptom remission and response to treatment. U: R.L. Spitzer, D.F. Klein (Eds.): *Psychological Therapies*, Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.

DODATAK: Simptomski pristup depresiji

SIMPTOMI	KOGNITIVNI SADRŽAJI	TERAPIJSKI PRISTUP
I. BIHEVIORALNI SIMPTOMI		
1. Neaktivnost 2. Povlačenje 3. Izbjegavanje	1. Suviše umoran ili slab 2. Besmisleno je pokušavati 3. Bit će gore ako budem aktivan 4. Bit ću neuspješan u bilo čemu što pokušavam	1. Preispitivanje <i>a. Što možete izgubiti ako probate?</i> <i>b. Je li pasivnost donijela išta dobro?</i> <i>c. Bit će vam gore ako budete pasivni</i> <i>d. Otkud znate?</i> 2. Raspored aktivnosti 3. Postupno davanje zadataka 4. Kognitivno uvježbavanje
II. SUICIDALNE ŽELJE		
	1. Besmisleno je živjeti 2. Osjećaj jada, potreba za bijegom 3. Teret drugima 4. Ne mogu savladati obveze/probleme	1. Izlaganje ambivalenciji <i>a. Pitanja o razlozima za umiranje...</i> <i>b. Navesti razloge za život...</i> 2. Alternativna terapija <i>a. Alternativni pogledi na probleme...</i> <i>b. Alternativne akcije...</i> 3. Razdijeliti problem u manje dijelove koje je lakše savladati
III. BEZNADE		
	1. Ništa neće funkcionirati (kako treba) 2. Isto kao i suicidalni „razlozi“	1. Empirijska demonstracija zablude negativnog predviđanja 2. Ispitivanje „razloga“
IV. NEDOSTATAK GRATIFIKACIJE		
	1. Nemogućnost da uživa 2. Nema satisfakcije 3. Aktivnosti ništa ne znače	1. Proširiti vidike 2. Z-V terapija: <u>tražiti</u> gratifikacije i imenovati ih 3. Proučiti značenje ciljeva 4. Napasti misli koje „ubijaju radost“
V. SAMOKRITIKA		
Mržnja samog sebe	1. Pun sam mana, slab, ... 2. <u>Trebalo bi</u> da budem adekvatniji 3. Odgovoran sam za probleme	1. Pronađite i sami raspravite sa samokritikom 2. Igranje uloga: Samosažaljenje 3. Razmišljajte o „tiraniji <u>trebalo bi da...</u> “ 4. Tehnika trostrukih stuba
VI. BOLNI AFEKTI		
	1. Ne mogu podnijeti bol 2. Ništa mi ne može pomoći da se bolje osjećam	1. Skretanje pažnje 2. Povećati prag tako što će se bol ignorirati 3. Kontranapad uz pomoć humora, srdžbe, ... 4. Inducirane predstave 5. Tehnika trostrukih stuba
VII. PREUVELIČAVANJE		
...vanjskih zahtjeva, problema, pritisaka	1. Savladan sam 2. Imam toliko posla da to nikada neću postići	1. Odluke o problemima <i>a. Navesti stvari koje treba uraditi</i> <i>b. Odrediti prvenstvo</i> <i>c. Označiti urađeno</i> <i>d. Konkretizirati i razdvojiti vanjske probleme</i> 2. Kognitivno uvježbavanje

Percepcija vlastite kompetentnosti: moguća hijerarhijska organizacija

Petar Bezinović

Funkcija kompetentnosti kod čovjeka

Realna kompetentnost, koja može uključivati sposobnosti, znanja, vještine, kvalificiranost i sl., nesumnjivo je ključna za prilagodbu, kako pojedinca, tako i cijele ljudske vrste.

Iako je stvarna, objektivna kompetentnost izuzetno bitna za dobru adaptaciju pojedinca, ona po svoj prilici sama po sebi nije i dovoljna. Uz objektivnu kompetentnost nipošto se ne smije zanemarivati i subjektivni doživljaj ove osobine. Subjektivna percepcija pojedinca o tome koliko je on sam kompetentan često je i važnija za njegovu prilagodbu od objektivne kompetentnosti. Kako se ovdje radi o percepciji koja je pod snažnim utjecajem subjektivnih kognitivnih interpretacija, očigledno je da ona teško može biti apsolutno ispravna. Upravo zbog motivacije da se osjeća kompetentnim u odnosu na druge ljude i svijet oko sebe te da na taj način zadrži svoje samopoštovanje, pojedinac je često sklon iskrivljavanju percepcije sebe i svojih osobina. Ovakva iskrivljena percepcija može poprimiti različite oblike, a može se i različito očitovati. Zbog osjećaja da ne može doseći željenu razinu kompetentnosti, pojedinac se može potcjenjivati i povlačiti. S druge strane, unatoč nedosegnutoj kompetentnosti, pojedinac ipak može sebe smatrati izuzetno kompetentnim. Može se, dakle, govoriti o većoj ili manjoj realističnosti ili objektivnosti u percepciji osobne kompetentnosti.

Razvoj percepcije osobne kompetentnosti

Motivacija za kompetentnošću manifestira se već u najranijoj dobi kroz težnju malih beba da istražuju i uče iz svoje okoline (Finkelstein i Ramney, 1977). Osobna aktivnost i kompetentnost po svoj su prilici već u toj dobi tijesno povezane.

Negdje u četvrtom mjesecu života javlja se ključni prijelaz kada beba počinje uočavati da može kontrolirati događaje u svojoj okolini. To joj omogućava transfer percepcije osobne kontrole u nove situacije. Ovi nalazi su u skladu s rezultatima McCalla (1979), koji pokazuje da se upravo u toj dobi kod beba javlja pojačan interes za igračke koje mogu pokretati nekom svojom akcijom. U drugoj polovini prve godine života javlja se uvažavanje uzročno-posljedičnih veza, a do izražaja dolazi i povećani kapacitet bebe da se ponaša planirano i intencionalno.

Thompson i Lamb (1983) su nadalje pokazali daje neposredno odgovaranje majki na dječje signale ključno za tok i razvoj emocionalnih iskustava djece u društvenim odnosima. Ova vrsta odgovaranja po svoj prilici potkrepljuje bebine strategije za reguliranje interakcija i gradi dojam o njihovoj funkcionalnoj efikasnosti. Lewis i Goldberg (1969) su također zaključili da odgovor majke u igri s malim bebama može biti važan faktor u razvoju percepcije osobne kompetentnosti u ranim socijalnim interakcijama.

Istraživanja su redovito pokazala da uskraćivanje odgovora majke izaziva najprije bujicu grozničavih socijalnih poziva djeteta, potom dolazi do smirivanja, povlačenja, a ponekad se

javljanju i znakovi prave potištenosti. Ukoliko se ovakva iskustva ponavljaju kroz nešto dulje vremensko razdoblje u prirodnim okolnostima, ona mogu izazvati anksioznost i osjećaj neefikasnosti kod djeteta, što se ispoljava gubitkom motivacije za kompetentnošću i smanjenom aktivnošću.

Gunnar (1980) je istraživao u kojoj mjeri mogućnost kontrole i predviđanja događaja može utjecati na smanjivanje negativnih emocija, odnosno straha kod djece. Eksperimentirao je s igračkom koja, kada se nenadano aktivira, obično izaziva strah kod jednogodišnje djece. Omogućavanje kontrole nad pokretanjem ove igračke, međutim, umanjuje strah, izaziva zadovoljstvo i smijeh kod djece te istovremeno potiče i zanimanje za igru. Gunnar je također ustanovio da omogućavanje kontrole nad događajima ima inhibirajući utjecaj na negativne emocije, ali tek kod djece koja su starija od jedne godine. Kao što je već ranije navedeno (Watsonova istraživanja), percepcija kompetentnosti i kontrole nad događajima pogoduje razvoju pozitivnih emocija na dosta mlađem uzrastu.

Iz rezultata ovih istraživanja može se ukratko zaključiti da iskustva o uzročnoj posljedičnoj povezanosti u odnosima s okolinom izazivaju izraze pozitivnih emocija i interesa već kod beba u prva tri mjeseca života. Nešto kasnije, između trećeg i šestog mjeseca, razvija se već svijest o osobnoj kompetentnosti (moći, efikasnosti). Percepcija osobne kompetentnosti ubrzo postaje sve složenija, sve više diferencirana. Na nju posebno utječe razvoj kognitivnih vještina, iskustvo sa sve većim brojem različitih situacija te odnos okoline prema djetetu.

Ova istraživanja na maloj djeci pokazuju da kod čovjeka po svoj prilici postoji prirodna potreba za kompetentnošću. U ranom djetinjstvu cjelokupna koncepcija sebe gradi se upravo na osjećaju efikasnosti, koji u toku razvoja prerasta u opći kumulativni osjećaj kompetentnosti.

Stupanj zadovoljenja potrebe za kompetentnošću u ranom djetinjstvu i kasnije u toku razvoja određuje kvalitetu života pojedinca. Kao što je White (1959) naglasio, motivacija za kompetentnošću je trajan oblik motivacije koji je nužan za prilagodbu pojedinca.

Kompetentnost u psihologijskim teorijama selfa

Da bi opisali sebe, ljudi najčešće koriste dvije kategorije, **deskriptivnu** („Tko sam ja?“) i **evaluativnu** („Kakav sam ja?“). Percepcija osobne kompetentnosti odraz je evaluacije, vrednovanja sebe. Ovu su dimenziju implicitno i eksplicitno u svoje teorije ličnosti na različite načine već uvrštavali neki teoretičari. Značenje kompetentnosti James je naglašavao već u prošlom stoljeću (1892/1963). On je u svojoj formulaciji samopoštovanja, koje predstavlja integrativni aspekt selfa, odnosno opće vrednovanje sebe, uključio kompetentnost. Smatrao je, naime, da samopoštovanje ne ovisi o stvarnim uspjesima ili neuspjesima, već o omjeru kompetentnosti i aspiracija. James je to izrazio sljedećom formulom:

$$SAMOPOŠTOVANJE = \frac{\text{KOMPETENTNOST (POSTIGNUĆE)}}{\text{ASPIRACIJA (OČEKIVANJA)}}$$

Pojedinac dakle, može povećavati svoje samopoštovanje snižavanjem razine aspiracija ili povećanjem svoje stvarne kompetentnosti, tj. postizanjem većih uspjeha.

Po ovoj teoriji razvoj ličnosti prolazi kroz osam stadija koji su univerzalni za ljudsku vrstu, dakle karakteristični za svakog pojedinca. Proces razvoja definiran je epigenetičkim načelom psihosocijalnog sazrijevanja. To praktički znači da su stadiji razvoja genetski uvjetovani, a u svakome od njih stvara se specifičan odnos između pojedinca i njegove socijalne okoline.

Svaki stadij psihosocijalnog razvoja prate specifične krize, koje rađaju sukobe u ličnosti. Sukob je vitalni i integralni dio Eriksonove teorije ličnosti. Način razrješenja sukoba bitno određuje hoće li ličnost u sljedećem stadiju biti dobro prilagođena. Ukoliko je sukob razriješen na zadovoljavajući način (osoba je ostvarila uspjehe), ego, koji je u razvoju, apsorbirat će pozitivne komponente (npr. bazično povjerenje, autonomiju), što će ujedno osigurati njegov zdrav razvoj.

Stadiji razvoja uključuju sljedeće sukobe:

- (1) povjerenje – nepovjerenje (prva godina života);
- (2) autonomija - poniženje ili sumnja, (2. i 3. godina života);
- (3) inicijativa - krivnja, (od 4. godine do polaska u školu);
- (4) produktivnost - inferiornost, (od 6. do 11. godine);
- (5) identitet - konfuzija identiteta, (adolescencija);
- (6) intimnost - izolacija, (od 20. do 24. godine);
- (7) plodnost - stagnacija, (od 25. do 65. godine), i
- (8) integritet - očajanje, (starost).

Ovdje će biti ukratko opisan samo četvrti stadij, jer se u sklopu tog stadija eksplicitno razmatra dimenzija kompetentnosti. Ovaj stadij uključuje razdoblje polaska djeteta u školu. U tom razdoblju ono razvija svoje deduktivno mišljenje, samodisciplinu, uči komunicirati s vršnjacima prema uvriježenim pravilima. Ego identitet djeteta određen je sa „*ja sam to što ja znam, tj. naučim; ('I am what I learn')*“. Prema Eriksonu, u ovom stadiju postoji opasnost razvoja osjećaja inferiornosti ili nekompetentnosti. Sumnja djeteta u vlastite vještine ili status među vršnjacima može ga obeshrabriti za daljnje učenje.

U novine vrijeme dimenzija kompetentnosti je eksplicitno identificirana i u većem broju multidimenzionalnih modela selfa. Ona se pojavljuje u obliku različitih aspekata selfa, kao što su (najčešće navođeni): kompetentnost za školska postignuća, fizička (tjelesna) kompetentnost i socijalna kompetentnost, lako gotovo ni jedan autor osim Susan Harter (1985) ne navodi dimenziju kompetentnosti kao središnju dimenziju selfa, ona se ipak nalazi u svim koncep- tualizacijama. Može se, međutim, reći da su u postojećim modelima najčešće slabo određeni središnji konstrukti poput pojma o sebi ili samopoštovanja. Jasno je da takvo loše konceptualno određenje ne omogućuje ni točnu operacionalnu definiciju konstrukta (Wylie, 1974; Harter, 1982).

Istražujući konstrukt samopoštovanja kod djece, Coopersmith (1967) je pretpostavio da bi kompetentnost mogla predstavljati jednu od bitnih komponenti, tako da se približno jedna petina pitanja u njegovoj skali (Coopersmith Self-Es- teem Inventory) odnosi na školsku kompetentnost. Osim ove, Coopersmith je pretpostavio još tri dimenzije samopoštovanja, a to su: interakcije s vršnjacima, obitelj i generalni self. Kasnija istraživanja

nisu potvrdila ovu strukturu, te je Coopersmith zaključio da djeca ne razlikuju ove dimenzije selfa, pa preporučuje određivanje općeg samopoštovanja jednostavnim zbrajanjem odgovora na sva pitanja koja sačinjavaju skalu.

Često korišten instrument za utvrđivanje pojma o sebi kod djece je i Piers-Harris skala (Piers-Harris Self-Concept Scale; Piers i Harris, 1969). Na toj se skali intelektualna (školska) kompetentnost javlja kao najstabilniji faktor, no autori samopoimanje smatraju unidimenzionalnim konstruktom, tako da ne vrše dimenzionalne interpretacije konstrukta. I na toj se skali ukupan rezultat izražava zbirom svih odgovora.

Jedini instrument koji je orijentiran isključivo na otkrivanje kompetentnosti je Skala percipirane kompetentnosti za djecu (Perceived Competence Scale for Children, Harter, 1982). Za razliku od Coopersmitha, koji smatra da djeca ne mogu razlikovati pojedine dimenzije selfa, Harter smatra da djeca to čine bez problema. Njena skala mjeri tri dimenzije kompetentnosti: kognitivnu ili školsku kompetentnost, fizičku ili atletsku kompetentnost, te društvenu kompetentnost koja je orijentirana na odnose s vršnjacima. U faktorskim analizama redovito se izdvajaju ove tri zasebne dimenzije, što svjedoči o tome da djeca razlikuju ova tri područja kompetentnosti.

Prema Epsteinovom hijerarhijskom modelu samopoimanja (1973), nadređenu kategoriju predstavlja samopoštovanje, ispod kojega su organizirane podređene kategorije selfa. Postulirane su četiri dimenzije drugog reda. To su: kompetentnost, moralnost, moć i zavređivanje ljubavi. Epstein smatra da se pod dimenzijom kompetentnosti može izvršiti i daljnja podjela na mentalnu i fizičku kompetentnost. Postulati najnižeg reda bi uključivali specifične sposobnosti. Epsteinov model konceptualno djeluje vrlo smisleno. Nažalost, autor ga nije niti pokušao empirijski validirati.

Sličan, ali razrađeniji, model nude Shavelson i sur. (Shavelson, Hubner i Stanton, 1976; Shavelson i Bolus, 1982; Marsh i Shavelson, 1985; Byrne i Shavelson, 1986). Oni samopoimanje definiraju kao percepciju samoga sebe koja se gradi na osnovi iskustava s okolinom i vlastitih interpretacija te okoline. Ova je percepcija posebno pod utjecajem evaluacije pojedinca od strane njegove najbliže socijalne okoline, potkrepljenja njegova ponašanja, kao i njegovih atribucija vlastitog ponašanja. Samopoimanje ima sedam osnovnih obilježja: (1) Organizirano je ili strukturirano, što znači da čovjek kategorizira informacije o sebi i može povezivati ove kategorije; (2) Ono je multifacetno, pri čemu pojedine facete (aspekti, kategorije, dimenzije) odražavaju sustav kategorija specifičan za pojedinca ili/i socijalnu grupu kojoj pripada; (3) Samopoimanje je hijerarhijski organizirano. Najniže u hijerarhiji, u njejoj bazi, nalazi se percepcija konkretnih oblika ponašanja, odnosno evaluacija ponašanja u specifičnim situacijama. Općenitiji aspekti su u hijerarhiji nadređeni. Na vrhu hijerarhije je sveukupna, opća percepcija sebe, lišena kontekstualne ovisnosti; (4) Globalno, generalno samopoimanje je stabilno. Što je pozicija u hijerarhiji niža, to je stabilnost faceta pojma o sebi manja, on postaje sve više specifičan za različite situacije; (5) Struktura pojma o sebi postaje sve složenija u funkciji razvoja od djetinjstva ka zrelosti; (6) Samopoimanje ima deskriptivno i evaluativno značenje. Pojedinac može sebe opisati („ja sam sretan“) i vrednovati („ja sam dobar matematičar“); (7) Samopoimanje možemo razlikovati od drugih konstrukata kao što je na primjer akademsko postignuće (Shavelson i sur., 1976).

Ovaj je model nešto opširnije prikazan jer se čini najpotpunijim modelom samopoimanja

u sadašnjem trenutku i, što je također vrlo važno, empirijski je najbolje provjeren i potvrđen.

U modelu je percepcija osobne kompetentnosti zastupljena u vidu akademske (školske) kompetentnosti, fizičkih sposobnosti, a vjerojatno dolazi do izražaja i kao društvena kompetentnost u odnosu s vršnjacima.

Prve validacije ovog modela vršene su pomoću Piers-Harris skale za mjerenje koncepta o sebi i „Tennessee Self-Concept Scale“ (Fitts, 1965), a sve kasnije validacije pomoću „Self-Description Questionnaire“, Marsha i sur. (1983). Kako autori izvještavaju (Marsh i Shavelson, 1985), istraživanja uglavnom potvrđuju hipotetski model, ali izgleda da je struktura pojma o sebi po svoj prilici ipak složenija od pretpostavljene.

Jedina postojeća teorija koja u potpunosti pretpostavlja percipiranu kompetentnost kao središnju dimenziju koja regulira ljudsko funkcioniranje jest teorija samoefikasnosti (self-efficacy theory, Bandura, 1977; 1982; 1984; 1986a; 1986b). Zato će ovoj teoriji biti posvećeno nešto više prostora.

Teorija samoefikasnosti

Od objavljivanja prvog Bandurinovog članka u časopisu *Psychological Review* (1977), termin samoefikasnost („self-efficacy“) postao je jedan od najčešće korištenih termina u literaturi iz socijalne psihologije, kliničke psihologije i psihologije savjetovanja. Najveći broj autora koji se bave samoefikasnošću, odnosno koji istražuju mehanizam percepcije i očekivanja osobne efikasnosti, bavi se problemima utjecaja osnovnih kognitivnih procesa na ljudsko ponašanje. Pri tome se postavlja nekoliko osnovnih pitanja: Kakav je utjecaj percepcije osobne efikasnosti na odluke pojedinca da pokrene određene oblike ponašanja i da ustraje pri sučeljavanju s problemima i vlastitim pogreškama? U kakvim je odnosima percepcija osobne efikasnosti s predviđanjem posljedica vlastitog ponašanja? Da li ovakvi „kognitivni“ faktori mogu biti dobri prediktori ponašanja? Kako su ove kognicije povezane s razvojem i tretmanom psiholoških i emocionalnih problema, te poremećaja u ponašanju?

Prema teoriji samoefikasnosti, svaka promjena ponašanja i doživljavanja zasniva se na variranju osjećaja osobne efikasnosti. Percepcija osobne efikasnosti javlja se, dakle, kao osnovni mehanizam za objašnjavanje ljudskog funkcioniranja.

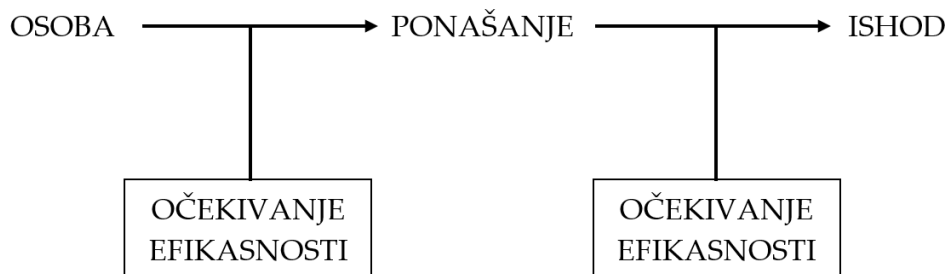
Iako se pojmovi efikasnosti i kompetentnosti često mogu shvaćati i kao sinonimi, među njima ipak postoji izvjesna razlika u značenju. Dok se pod kompetentnošću podrazumijeva posjedovanje odgovarajućih sposobnosti i kvaliteta, tj. kapaciteta da se djeluje na efikasan način, pod efikasnošću se podrazumijeva moć da se ostvari neki efekt. Kompetentnost odražava potencijal za djelovanje, dok efikasnost odražava konkretnu djelotvornost. Značenje dvaju pojmova je tijesno povezano. Kompetentna će osoba najvjerojatnije biti i efikasna, efikasna osoba je sigurno kompetentna. Percepcija efikasnosti u sebi, dakle, uključuje i percepciju kompetentnosti, dok percepcija kompetentnosti ne mora uključivati i percepciju efikasnosti u konkretnim situacijama.

Unatoč ovim neznatnim semantičkim razlikama, teoriju samoefikasnosti možemo smatrati i teorijom percepcije osobne kompetentnosti.

Prema Banduri, *„ljudi procesiraju, prosuđuju i integriraju različite informacije koje se tiču njihovih mogućnosti, te u skladu s tim reguliraju svoje ponašanje i količinu uložene energije“* (Bandura, 1977, str. 212).

Prema teoriji, postoje dva osnovna tipa očekivanja: (1) očekivanje ishoda (outcome expectancy), tj. uvjerenje da će neko ponašanje dovesti (ili neće dovesti) do željenog ishoda i (2) očekivanje osobne efikasnosti („self-efficacy expectancy“), tj. uvjerenje pojedinca da je on sposoban (ili da nije sposoban) ostvariti potrebno ponašanje. Odnos između očekivanja osobne efikasnosti i očekivanja ishoda prikazan je na Slici 3.6.1.

Slika 3.6.1. Prikaz konceptualne različitosti između očekivanja osobne efikasnosti i očekivanja ishoda (prema Bandura, 1977, str. 193)



Očekivanje ishoda i očekivanje efikasnosti se razlučuju, jer pojedinci mogu očekivati da će određena ponašanja voditi ostvarenju nekih ciljeva (dovesti do konkretnog ishoda), a da istovremeno ne pokreću potrebne oblike ponašanja, naprosto zato što sumnjaju da ih mogu uspješno ostvariti. U ovom konceptualnom sustavu očekivanje osobne efikasnosti ne samo da neposredno utječe na pokretanje nekog ponašanja, već utječe također i na emocionalne reakcije pojedinca prije i u toku ponašanja.

Osoba s višim stupnjem uvjerenja u osobnu efikasnost (s većim očekivanjima osobne kompetentnosti) lakše će pokretati neke oblike ponašanja za koje očekuje da će voditi željenim ishodima (Bandura, 1977; Locke i sur., 1984), bit će ustrajna kada naiđe na poteškoće ili probleme u ostvarenju aktualnog ponašanja (Brown i Inouye, 1978; Schunk, 1981), pojačat će nastojanja kada se učinci približe cilju (Bandura i Cervone, 1983), svoje će greške objašnjavati (atribuirati) na način koji svjedoči o orijentaciji ka uspjehu (Collins, 1982, prema Bandura, 1984). Potencijalno opasnim zadacima pristupat će bez anksioznosti i rjeđe će očitovati stresne reakcije (Bandura i sur., 1982; Leland, 1982, prema Bandura, 1984). Obrnuto vrijedi za osobe s nižim stupnjem uvjerenja u osobnu efikasnost. Oni koji sebe smatraju neefikasnim (nekompetentnim) izbjegavaju teške zadatke, ulažu malo napora, vrlo lako odustaju kada se suoče s poteškoćama, misle na osobne nedostatke u toku rada i doživljavaju anksiozna i stresna stanja. Njihov će učinak općenito biti niži.

Kako očekivanje osobne efikasnosti ima navedene efekte, može se s velikom vjerojatnošću pretpostaviti da mjera očekivanja osobne efikasnosti može poslužiti kao dobar prediktor ponašanja koje slijedi.

Izvori samoefikasnosti

Prema teoriji, smatra se da se očekivanja osobne efikasnosti temelje na četiri osnovna izvora informacija: (1) na iskustvima s osobnim učincima u sličnim situacijama, (2) na opažanju uspješnosti drugih u sličnim situacijama, (3) na verbalnim uvjerenjima i (4) na emocionalnoj ili fiziološkoj uzbuđenosti. Ova četiri izvora informacija razlikuju se i po snazi utjecanja na očekivanje osobne efikasnosti.

Autentična iskustva pojedinca sa sličnim situacijama imaju najveći utjecaj. Prethodni

uspjesi podižu situacijska očekivanja efikasnosti i obrnuto.

Po rangu slijedi uspješnost drugih u sličnim situacijama (učenje po modelu, imitacija). Uspješnost drugih podiže razinu očekivanja osobne efikasnosti (ako mogu drugi, mogu i ja). Pri ovoj procjeni značajni mogu biti i sljedeći faktori: percepcija sličnosti između modela i opažača, broj i varijabilitet modela, kao i percipirana snaga modela.

Verbalna uvjeravanja ili poticanja od strane drugih također mogu utjecati u smjeru podizanja razine osobnih očekivanja. Koliko će verbalna uvjeravanja biti utjecajna, ovisi o percipiranoj kompetentnosti izvora (onoga tko potiče), o njegovoj atraktivnosti ili pak o povjerenju koje pojedinac ima u njega.

Četvrti izvor informacija predstavlja stupanj emocionalne uzbuđenosti. Ljudi osjećaju svoju pretjeranu visceralnu uzbuđenost ili averzivna emocionalna stanja (npr. anksioznost) kao smetnju efikasnom ponašanju i stoga u stanju takve uzbuđenosti imaju nižu razinu očekivanja osobne efikasnosti. Kada treba obavljati aktivnosti koje iziskuju fizičku snagu ili izdržljivost, percipirana efikasnost je pod snažnim utjecajem stanja poput umora ili boli.

Mikroanalitička strategija istraživanja

Kognitivne teorije postuliraju intervenirajuće mehanizme koji se nalaze u osnovi ponašanja. Pokušaji verificiranja takvih teorija sastoje se u traženju veza između vanjskih faktora i ponašanja, pri čemu se pretpostavlja da su vanjski faktori pokrenuli unutarnje, a ovi pak konkretne oblike ponašanja. Dokazi o postojanju povezanosti između vanjskih faktora i ponašanja mogu potkrijepiti kognitivnu teoriju, ali ne mogu značajno pridonijeti njenoj valjanosti, jer „dokazana“ povezanost može biti posljedica djelovanja i nekih drugih unutarnjih mehanizama koji imaju slične efekte. Postulirani posrednici ponašanja (unutarnji faktori) ne mogu se neposredno opažati. Bandura (1982) stoga smatra da je najbolji test teorije koja uključuje unutarnje faktore taj da se pretpostavljeni posrednik ponašanja točno definira nezavisnim mjerljivim indikantom, te da se potom dokaže kako su vanjski faktori zbilja povezani s indikantom unutarnjeg posrednika, a da je ovaj opet povezan s manifestnim ponašanjem.

Isti autor (Bandura, 1977) sugerira da se pri istraživanju postavki o porijeklu i funkcijama percepcije osobne efikasnosti koristi „mikroanalitička strategija istraživanja“. Strategija se sastoji u tome da se ispitaniku nudi niz skala za procjenu osobne efikasnosti koje su stupnjevane po težini, složenosti, stresnosti ili nekoj drugoj dimenziji, ovisno o specifičnosti područja koje se ispituje. Ispitanici označavaju zadatke za koje smatraju da ih mogu ostvariti, kao i koliko su u to sigurni.

Očekivanja osobne efikasnosti razlikuju se uzduž triju glavnih dimenzija: generalnosti, snage i veličine. Adekvatna analiza u sklopu mikroanalitičke strategije istraživanja percepcije osobne efikasnosti trebala bi uključiti precizno mjerenje ovih triju dimenzija.

„**Generalnost**“ se odnosi na to koliko se iskustvo osobnog uspjeha ili neuspjeha koje utječe na očekivanje efikasnosti u ograničenim, specifičnim djelatnostima, generalizira na slična ponašanja ili kontekste.

„**Snaga**“ se odnosi na sigurnost osobe da može uspješno ostvariti neka ponašanja (stupanj uvjerenja).

„**Veličina**“ očekivanja osobne efikasnosti u hijerarhiji ponašanja (stupnjevanoj po težini

zadataka) odnosi se na broj koraka u ponašanju za koje osoba misli da ih može uspješno ostvariti.

Rezultati dosadašnjih istraživanja u području teorije samoeфикаsnosti

Ova je teorija potakla brojna istraživanja. Različiti postupci redovito su vodili ka sukladnim rezultatima, što ukazuje na eksplanatornu i prediktivnu valjanost teorije.

Percipirana samoeфикаsnost varirana je na različite načine: različitim iskustvima ispitanika, korištenjem različitih modela (uzora za imitaciju), manipulacijom povratnim informacijama, nagovaranjima i sl. Također je veliki varijabilitet ispitanika na kojima su ispitivanja vršena. Korištene su i različite metodologije istraživanja, od induciranja promjena u percipiranoj samoeфикаsnosti u laboratorijskim uvjetima, do multivarijantnih analiza kovarijacija utvrđenih u prirodnim uvjetima. Vrlo su raznolika i područja na kojima je teorija testirana.

Među ostalima tu su: **socijalna anksioznost i međuljudski odnosi** (Barios, 1983; Leary i Atherton, 1986; Robins, 1987), **kontrola anksioznih kognicija** (Tracey i sur., 1986; Kent i Gibbons, 1987), **liječenje različitih oblika ovisnosti** (Colleti i sur., 1985; Godding i Glasgow, 1985; Bernier i Avard, 1986; detaljni pregled daje DiClemente, 1986), **liječenje fobija** (Bandura, 1983; Lee, 1984), **odnos prema zdravlju** (Weinberg i sur., 1984; Stanley i Maddux, 1986a; Strecher i sur., 1986; Woodward i Studler Wallston, 1987), **kognitivna eфикаsnost i utjecaj socijalnih faktora na učenje kognitivnih vještina** (Meier i sur., 1984; Norwich, 1986; Schunk i Hanson, 1985; Schunk, 1986), **utjecaj raspoloženja na percepciju osobne kompetentnosti** (Kavanagh i Bower, 1985; Stanley i Maddux, 1986b), **izbor zanimanja** (detaljan pregled daju Betz i Hackett, 1986), **psihologija sporta** (Weinberg i sur., 1979; Weinberg i sur., 1980; Gayton i sur., 1986; Weinberg, 1986; detaljni pregled daje Wurtele, 1986), **industrijska i organizacijska psihologija** (Locke, Motowidlo i Bobko, 1986), **razvojna psihologija** (Wheeler i Ladd, 1982; Schunk, 1983), **školska psihologija, uspjeh u školi i na studiju** (Lent i sur., 1984; Schunk, 1984; Schunk, 1985), **psihologija starenja** (Holahan i sur., 1984).

Obimna istraživanja redovito su potvrđivala osnovne postavke teorije samoeфикаsnosti u dvojnoj uzročnoj povezanosti: (izvori informacija) utječu na percepciju osobne eфикаsnosti, a s druge strane percepcija osobne eфикаsnosti utječe na motivaciju i akciju.

Rezultati ovih istraživanja praktički dokazuju funkciju mehanizma percpecije osobne eфикаsnosti u ljudskoj motivaciji i ponašanju.

Ideja samoeфикаsnosti u drugim teorijama

Koncept samoeфикаsnosti definiran kao „*uvjerenje pojedinca da može uspješno ostvariti ponašanje koje je potrebno da bi se postigao određen ishod*“ (Bandura, 1977, str. 193) uveden je 1977. godine u psihologijsku teoriju kao sasvim nov koncept. Analizom podataka iz literature može se, međutim, uočiti da su se vrlo slični koncepti o očekivanju uspjeha, koji su logički i operacionalno ekvivalentni samoeфикаsnosti, već ranije nalazili u psihologijskoj literaturi. Parafrazirajući Ebbinghausa, Kirsch (1986) kaže da „*samoeфикаsnost ima kratku povijest, ali dugu prošlost*“.

Koncepti slični samoeфикаsnosti mogu se naći u području istraživanja razine težnji, u

sklopu teorija socijalnog učenja, kao i u području istraživanja motivacije za postignućem.

U području razine težnji, najčešći oblici pitanja koja eksperimentatori postavljaju ispitanicima su npr.: „Koji rezultat želite postići na ovom testu?“ ili „Koji rezultat možete postići na ovom testu?“ Prvo pitanje predstavlja mjerenje razine težnje, a drugo mjerenje uvjerenja u osobnu efikasnost.

U ovom području brojna su istraživanja koja su koristila metodologiju za ispitivanje percepcije osobne efikasnosti, a nominalno su ispitivala razinu aspiracije (pregled istraživanja daje Kirsch, 1986).

U sklopu Rotterove teorije socijalnog učenja (1954) koncept očekivanja („expectancy“) uz koncept potkrepljenja predstavlja središnji konstrukt koji služi za predikciju ponašanja. Vjerojatnost da će se neko ponašanje ostvariti ovisi o funkcionalnom odnosu između očekivanja da to ponašanje vodi ka potkrepljenju i same vrijednosti potkrepljenja. U teoriji je implicitna pretpostavka da uspjeh u zadatku predstavlja oblik potkrepljenja. Prema tome, u odluci hoće li se pokrenuti neko ponašanje, sadržano je očekivanje o uspješnosti izvođenja tog ponašanja (očekivanje osobne efikasnosti) i očekivanje da će uspješno ostvarenje ponašanja voditi ka daljnjim potkrepljenjima (očekivanje ishoda).

Prema Kirschu (1985, 1986), Rotterov konstrukt očekivanja uključuje Bandurin koncept samoefikasnosti, tako da mnoga istraživanja potaknuta Rotterovom teorijom daju podatke o determinantama i efektima samoefikasnosti.

Treći teorijski okvir u sklopu kojega je samoefikasnost bila istraživana već prije publiciranja Bandurine teorije jest Atkinsonova teorija motivacije (1957). Prema ovoj teoriji, odluka o tome hoće li se neko ponašanje pokrenuti i koliko će se ustrajati u tom ponašanju ovisi o tri varijable: očekivanju uspjeha, privlačnosti uspjeha i motivu. Dvije od ovih varijabli (očekivanje i privlačnost) približno su analogne Rotterovim konceptima očekivanja i vrijednosti potkrepljenja (prema Atkinson, 1957), a time i Bandurinim konceptima „očekivanja efikasnosti“ i „očekivanja ishoda“.

Prema Atkinsonovoj teoriji, „očekivanje“ predstavlja subjektivnu procjenu pojedinca o tome da li je sposoban riješiti zadatak (problem); „privlačnost uspjeha“ je definirana kao potencijalna nagrada (ili kazna) koja se očekuje kao posljedica (ne)uspješnog rješenja zadatka (problema). Iz svega ovoga očigledna je sličnost s Bandurinim konceptima. Motive (treću determinirajuću varijablu) Atkinson definira kao dispoziciju pojedinca da teži ka određenoj vrsti zadovoljenja npr. bliskim kontaktima s ljudima, uspješnosti u poslu, moći i sl.

Postavke Bandurine teorije, dakle, nisu posve nove, ali upravo činjenica da su već ranije postulirani i istraživani slični konstrukti svjedoči o njihovoj smislenosti.

Postoji visok stupanj slaganja da očekivanja pojedinca o osobnoj kompetentnosti služe kao posrednici ponašanja, i zato načela kako se ona razvijaju, stječu, modificiraju i generaliziraju te kakvi su njihovi efekti, predstavljaju bitne probleme koje u psihologiji i nadalje treba istraživati.

Teorija samoefikasnosti i samopoimanje

U središtu zanimanja teorije samoefikasnosti je dinamički odnos između mišljenja o sebi ('self-referent thought'), ponašanja i emocija. Pri ovom pristupu pokazatelj mišljenja o sebi

(selfa) je određen specifičnim perceptima efikasnosti ili kompetentnosti, koji mogu varirati s obzirom na vrstu aktivnosti i s obzirom na specifičnosti situacije u kojoj se procjena vrši. Mjere samoefikasnosti su, dakle, strogo prilagođene i usko ograničene na područje psihičkog funkcioniranja koje se ispituje. To omogućuje točno predviđanje ljudskog ponašanja i emocionalne reaktivnosti.

Ovdje valja posebno naglasiti Bandurin stav da, zbog gore navedenih obilježja, neka globalna mjera selfa, ili globalna percepcija efikasnosti ne može biti pokazatelj situacijskih očekivanja osobne efikasnosti. Općenite mjere obično uključuju određen skup tvrdnji od kojih mnoge nisu bitne za područje funkcioniranja koje se analizira. Zato je, prema Banduri, nerealistično uopće očekivati da općenite mjere mogu dobro predviđati učinak ili ponašanja u različitim aktivnostima i različitim situacijama. Skale za procjenu samoefikasnosti koje su namijenjene za specifične aktivnosti i situacije pokazuju se značajno boljim prediktorima od globalnih mjera (Bandura, 1981, str. 225; 1982, str. 124; 1986, str. 372).

Razmatrajući odnose između samopoimanja i postavki teorije samoefikasnosti, Bandura (1981, str. 225) naglašava da samopoimanje kao globalan stav prema sebi koji se mjeri fiksnim skupom tvrdnji ne može biti dobar prediktor učinka u specifičnim situacijama. Ove situacije zahtijevaju različite aktivnosti pod različitim uvjetima. Globalno samopoimanje se zato ne može uspoređivati po prediktivnoj snazi s percepcijom osobne efikasnosti u konkretnim situacijama. Ova percepcija (očekivanje efikasnosti) razlikuje se za pojedine aktivnosti, za različite razine iste aktivnosti, kao i za različite okolnosti. Globalno samopoimanje može imati izvjesne ograničene korelacije s ponašanjem u konkretnim situacijama, ali se uopće ne može govoriti o značajnijem stupnju preciznosti pri predviđanju intraindividualnog varijabilitet^a u ponašanju. Prema Banduri, teorije selfa imaju ozbiljne poteškoće u objašnjavanju kako isti koncept o sebi vodi različitim akcijama ili oblicima ponašanja u različitim situacijama.

Ovi stavovi ukazuju na to da je u osnovi teorije samoefikasnosti situacionističko shvaćanje ljudskog ponašanja. Opća obilježja kao što su samopoimanje ili crte ličnosti, potpuno se ignoriraju kao izvor informacija na kojemu se grade situacijska očekivanja osobne efikasnosti. Koncept stabilnih osobina ili dispozicija za djelovanje praktički ne postoji i, prema tome, ne može određivati ponašanje.

Navedena su razmatranja samopoimanja, koja se po potrebi mogu praktično primjeniti u kognitivnim psihoterapijama.

LITERATURA

- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk taking behavior. *Psychological Review*, 46, 359-372.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1983). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and research*, 8, 231-255.
- Bandura, A. (1986a). From thought to action: Mechanisms of personal agency. *New Zealand Journal of Psychology*, 15, 1-17.
- Bandura, A. (1986b). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social*

- and *Clinical Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, A. & Cervone, D. (1983). Self-evaluate and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- Barrios, B. A. (1983). The role of cognitive mediators in heterosocial anxiety: A test of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 543-554.
- Bernier, M. & Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight- reduction program. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 319-338.
- Betz, N. E. & Hackett, G. (1986). Applications of self-efficacy theory to understanding career choice behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 279-289.
- Brown, I., Jr., & Inouye, D. K. (1978). Learned helplessness through modeling: The role of perceived similarity in competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 900-908.
- Byrne, M. B. & Shavelson, R. J. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78, 474-481.
- Colletti, G. , Supnick, J. A. & Payne, T. J. (1985). The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, 7, 249-260.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Freeman, San Francisco.
- DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 405-416.
- Finkelstein, N. W. & Ramney, C. T. (1977). Learning to control the environment in infancy. *Child Development*, 48, 806-819.
- Fitts, W. H. (1965). *A manual for the Tennessee Self-Concept Scale*. Counselor Recordings and Tests, Nashville, TN.
- Gayton, W. F. , Matthews, G. R. & Burchstead, G. N. (1986). An investigation of the validity of the physical self-efficacy scale in predicting marathon performance. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 752-754.
- Godding, P. R. & Glasgow, R. E. (1985). Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 583-590.
- Gunnar, M. R. (1980). Control, warning signals, and distress in infancy. *Developmental Psychology*, 16, 281-289.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self-evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. U R. Leahy (Ed.). *The development of self*. Academic Press, New York.
- Holahan, C. K., Holahan, C. J. &Belk, S. S. (1984). Adjustment in aging: The roles of life stress, hassles, and self-efficacy. *Health Psychology*, 3, 315-338.
- James, W. (1963). *Psychology*, Fawcett, New York. (Original publiciran 1892. godine).
- Kavanagh, D. J. & Bower, G. H. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 507-525.
- Kent, G. & Gibbons, R. (1987). Self-efficacy and the control of anxious cognitions. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 33-40.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- Kirsch, I. (1986). Early research on self-efficacy: What we already know without knowing we knew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 339-358.
- Leary, M. R. & Atherton, S. C. (1986). Self-efficacy, social anxiety, and inhibition in interpersonal

- encounters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 256- 267.
- Lee, C. (1984). Efficacy expectations and outcome expectations as predictors of performance in a snake-handling task. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 509- 516.
- Lent, R. W. , Brown, S. D. & Larkin, K. C. (1984). Relation of self-efficacy expectations to academic achievement and persistence. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 356-362.
- Lewis, M. & Goldberg, S. (1969). Perceptual-cognitive development in infancy: A generalized expectancy model as a function of the mother-infant interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 15, 81-100.
- Locke, E. A., Frederick, E., Lee, C. & Bobko, P. (1986). Using self-efficacy theory to resolve the conflict between goal-setting theory and industrial/organizational psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 328-338.
- Marsh, H. W. & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational psychology*, 20, 107-121.
- McCall, R. B. (1979). Qualitative transitions in behavioral development in the first two years of life. U M. H. Bornstein & W. Kessen (Eds.). *Psychological development from infancy: Image to intention*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
- Meier, S. , McCarthy, P R. & Schmeck, R. R. (1984). Validity of self-efficacy as a predictor of writing performance. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 107-120.
- Norwich, B. (1986). Assessing perceived self-efficacy in relation to mathematics tasks: A study of the reliability and validity assessment. *British Journal of Educational Psychology*, 56, 180-189.
- Piers, E & Harris, D. (1969). *The Piers-Harris children's self-concept scale*. Counselor Recordings and Tests, Nashville, Tenn.
- Robins, C. J. (1987). Social perception and heterosocial self-efficacy: A multidimensional scaling analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 197-214.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice-hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Schunk, D. H. (1983). Reward contingencies and the development of children's skills and self-efficacy. *Journal of Educational Psychology*, 75, 511-518.
- Schunk, D. H. (1984). Enhancing self-efficacy and achievement through rewards and goals: Motivational and informational effects. *Journal of Educational Research*, 78, 29-34.
- Schunk, D. H. (1985). Self-efficacy and classroom learning. *Psychology in the Schools*, 22, 208-223.
- Schunk, D. H. (1986). Vicarious influences on self-efficacy for cognitive school learning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 316-327.
- Schunk, D. H. & Hanson, A. R. (1985). Peer models: Influence on children's self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 77, 313-322.
- Shavelson, R. J. & Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.
- Shavelson, R. J. , Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Stanley, M. A. & Maddux, J. E. (1986a). Cognitive processes in health enhancement: Investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 101-113.
- Stanley, M. A. & Maddux, J. E. (1986b). Self-efficacy and depressed mood: An investigation of causal relationships. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 575-586.
- Strecher, V. J. , McEvoy DeVellis, B. , Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1966). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-91.
- Thompson, R. A. & Lamb, M. E. (1987). Security of attachment and stranger sociability in infancy.

Developmental Psychology, 19, 184-191.

Tracey, T. J. , Sherry, P. & Keitel, M. (1986). Distress and help-seeking as a function of person-environment fit and self-efficacy: A casual model. *American Journal of Community Psychology*, 14, 657-676.

Weinber, R., Gould, D. & Jackson, A. (1979). Expectations and perfomance: An empirical test of Bandura's self-efficacy theory. *Journal of Sport Psychology*, 1, 320-331.

Weinberg, R. S., Yukelson, D. & Jackson, A. (1980). Effect of public and private efficacy expectations on competitive performance. *Journal of Sport Psychology*, 340-349.

Weinberg, R. S., Hughes, H. H., Critelli, J. W., England, R. & Jackson, A. (1984). Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of Research in Personality*, 18, 352-358.

Wheeler, V. A. , & Ladd, G. W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18, 795-805.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.

Woodward, N. J. & Strudler Wallston, B. (1987). Age and health care beliefs: Self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psuchology and Aging*, 2,3-8.

Wurtele, S. K. (1986). Self-efficacy and athletic performance: A review. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 290-301.

Wylie, R. C. (1974). *The self-concept: A review of methodological consideration and measuring instruments*. Vol. 1. University of Nebraska Press, Lincoln.

Odnos bihevioralne i kognitivne terapije

Slavoljub Đurđić

Mada se danas retko susrećemo s ovako izraženom dihtomijom kognitivna naspram bihevioralna terapija, već se uglavnom govori o kognitivno-bihevioralnoj terapiji (Beck 1985, Dryden, Golden 1986, Meichenbaum 1979), zbog prisutnog prenamaglašavanja termina kognitivna terapija od strane nekih autora značajno je razmotriti teorijske i praktične aspekte ovih dvaju pristupa.

Polazeći od sopstvenog stava da je kognitivna terapija integralni deo bihevioralne psihoterapije svoje ću izlaganje usmeriti ka činjeničnom dokumentovanju ovakve konstatacije.

Do veštačke separacije dvaju aspekata istog teorijskog i terapijskog pristupa dolazi kada se pođe od pogrešne pretpostavke da je menjanje neadaptivnih kognitivnih šema i sistema verovanja kroz procese korektivnog učenja isključivo domen kognitivne terapije, a da se bihevioralna psihoterapija bavi jedino menjanjem manifestnog ponašanja kroz procese razuslovljavanja i operantnog učenja. Ovakva deoba je utoliko nelogičnija što je nemoguće odvojiti realizaciju ponašanja i konsekvence ponašanja od subjektivnog doživljavanja takvog ponašanja i njegovih posledica. Pod ponašanjem u bihevioralnoj teorijskoj koncepciji podrazumeva se: manifestno (motorno-verbalno) ponašanje, unutrašnje ponašanje (misli, osećanja, predstave) i fiziološko ponašanje (srčani ritam, sekrecija kateholamina i hormona, EEG promene itd). Bihevioralna psihoterapija analizira i pokušava da utiče na sve ove aspekte ponašanja i njihov međusobni odnos.

Prema Banduri (1969) i adaptivno i neadaptivno ponašanje nalazi se pod kontrolom triju regulatornih sistema: jedan regulatorni sistem radi putem procesa klasičnog uslovljavanja; drugi regulatorni sistem funkcioniše putem procesa operantnog uslovljavanja; treći sistem kontrole ponašanja zasnovan je na kognitivnim medijacionim procesima. Između ovih sistema regulacije ponašanja postoji uzajamno facilitativna interakcija koja može dovesti kako do adaptivnog tako i do maladaptivnog ponašanja. Rachman (1978), citirajući Langovu „Laboratorijsku studiju straha“ i zaključak o postojanju delimično nezavisnih reakcija straha - kognitivne, fiziološke i ponašajne, ukazuje na to da se kognitivni aspekt straha terapijski najefikasnije menja kognitivnim intervencijama, a da se fiziološki i ponašajni aspekti straha najefikasnije menjaju postupcima razuslovljavanja i ekspozicije. Svakako da se u realnosti strah manifestuje sa svim svojim komponentama, te je u njegovu lečenju neophodan integrativni pristup.

Da bih ilustrovao napred navedene tvrdnje, uzeću primer agorafobijskog poremećaja. Među karakterističnim simptomima agorafobije nalaze se: 1. doživljaj strepnje i stvaranje predstava o katastrofalnim posledicama pri napuštanju mesta sigurnosti, a bez postojanja objektivne opasnosti (kognitivna komponenta - percepcija opasnosti - zasnovana na pogrešnim premisama); 2. doživljaj „paničnog napada iz čistog mira“, bez prethodne anticipatorne anksioznosti (fiziološka anksioznost uslovljena određenom konstalacijom spoljašnjih i unutrašnjih stimulusa); 3. ponašanje izbegavanja i bežanja iz svih za pacijenta anksiogenih situacija (pri tom se putem redukcije psihofiziološke napetosti potkrepljuje ponašanje izbegavanja i bežanja i pojačava agorafobijsko ponašanje).

Klinička praksa pokazuje da je nemoguće agorafobijskog pacijenta sa paničnim napadima izlečiti samo kognitivnim intervencijama, bez razuslovljavanja fiziološke anksioznosti postupcima desenzitizacije i menjanja manifestnog ponašanja postupcima postepenog izlaganja zastrašujućoj situaciji. Takođe nije moguće izlečiti takvog pacijenta bez korekcije njegova načina interpretiranja svojih telesnih senzacija u za njega anksiozenim situacijama. Stoga nije iznenađujuće da u praksi i oni koje sebe nazivaju kognitivnim terapeutima i oni koji sebe nazivaju tzv. „čistim“ bihevior terapeutima primenjuju veoma slične programe, uz donekle različito naglašavanje određenih postupaka.

Tako, u psihoterapiji depresivnih poremećaja susrećemo sledeće terapijske programe:

Bihevioralni pristupi lečenju depresija

Multimodalni tretman - McLean koji obuhvata: komunikacioni fidbek program i praksu, graduirane zadatke, davanje pacijentu informacija o njegovoj socijalnoj sredini, igranje uloga, asertivni trening, trening relaksacije, učenje odlaganja neprijatnih misli, supstitucija i zaustavljanje negativnih misli, modeliranje pozitivne samo-procene;

Terapija auto-kontrole - Rehm, koja obuhvata: praćenje i registrovanje raspoloženja, programiranje prijatnih aktivnosti, postavljanje realnih ciljeva, planiranje aktivnosti usmerenih ka postizanju realnih ciljeva, praćenje realizacije takvih aktivnosti pomoću terapijskog dnevnika, učenje pacijenta realnijim samo- atributacijama, stvaranje programa za samo-potkrepljivanje pozitivnih aktivnosti;

Terapija socijalnog učenja - Lewinsohn, koja obuhvata: opservaciju ponašanja pacijenta u njegovom domu, dnevno praćenje raspoloženja i aktivnosti, povećanje učešća u aktivnostima koje donose zadovoljstvo, smanjenje učestalosti za pacijenta neprijatnih sredinskih zbivanja i njegovo obučavanje da se konstruktivno odnosi prema takvim situacijama, sredinske intervencije sa ciljem menjanja posledica određenih ponašanja, asertivni trening putem modeliranja i proba, postavljanje ciljeva za povećanje aktivnosti, trening relaksacije, programiranje vremena, učenje prekidanja neprijatnih misli, opovrgavanje neprijatnih misli, razvijanje pozitivnih samo-nagrađujućih misli.

Kognitivno-bihevioralni pristupi lečenju depresija

Ovi pristupi obuhvataju:

- a) **didaktički aspekt** - učenje pacijenta ciljeva i načina terapije
- b) **kognitivne tehnike** - izazivanje automatskih misli, testiranje automatskih misli, identifikovanje neadaptivnih pretpostavki, analiziranje ispravnosti neadaptivnih pretpostavki
- c) **bihevioralne tehnike** - programiranje aktivnosti, igranje uloga, praćenje i registrovanje postignutog nivoa zadovoljstva i kompetencije u dnevnim aktivnostima, graduirani zadaci, kognitivna proba, tehnike odvrćanja pažnje.

Očigledna je sličnost ovih terapijskih programa koja proizlazi iz bazične koncepcije i kognitivne i bihevioralne terapije da su neadaptivno unutrašnje i manifestno ponašanje rezultat učenja i da je korektivno učenje suštinska komponenta terapijskog programa u lečenju psihičkih poremećaja.

Ellis (1979) navodi da je došao do saznanja da su „kognitivne promene veoma često facilitirane ponašajnim promenama“, i u okviru svoje racionalno- emotivne terapije rutinski koristi postupke ekspozicije u živo, trening socijalnih veština i postupke manipulacije potkrepljivačima. Beck (1985) navodi: „Pošto značajni deo pozitivnih efekata kognitivne terapije rezultira iz toga koliko pacijenti primenjuju principe terapije van terapijske seanse, veoma je važno pomoći pacijentu da strukturiše dane i nedelje na način koji povećava efekte lečenja. Bihevioralne tehnike se, takođe, koriste za mini eksperimente testiranja hipoteza koje se odnose na socijalnu efikasnost pacijenta.“ Ovakvo gledanje Bečka je u skladu sa Bandurinom (1969) postavkom da je najefikasnija strategija za menjanje stavova - „akciji orijentisana strategija - putem korektivnog iskustva.“

Negativne automatske misli i neadaptivne kognitivne šeme koje posreduju između spoljašnjih stimulusa i reakcija i koje usmeravaju aktivnost organizma i daju mu afektivnu boju rezultat su interakcije nasledjenih bioloških potencijala i sredine u kojoj se osoba razvija. Ako dete sa nasleđenom sklonošću ka introverziji i pojačanom autonomnom reaktivnošću postavimo u averzivnu razvojnu klimu koju karakteriše nedosledno ponašanje roditelja sa čestim kritikama i kažnjavanjem a retkim pohvalama, uz potkrepljivanje ponašanja preterane poslušnosti i nesamostalnosti, može se očekivati da će ono razviti-naučiti disfunkcionalne kognitivne šeme. Disfunkcionalna verovanja bi u takvom slučaju mogla da objedinjuju klasičnu Beckovu kognitivnu trijadu karakterističnu za depresije: negativno doživljavanje sebe kao nesposobnog; negativan pogled na svet oko sebe kao kažnjavajući i odbacujući; negativan pogled na budućnost, - u kojoj se očekuju porazi i neprijatnosti. Takva se osoba i ponaša u skladu sa ovakvom kognitivnom šemom. Neadaptivno manifestno ponašanje izaziva negativne posledice koje pridonose daljem fiksiranju neadaptivnih kognitivnih obrazaca. Spoljno i unutrašnje ponašanje se uzajamno potkrepljuju. Da bi se takva osoba promenila, nije dovoljno samo ubeđivati je u neosnovanost njenih stavova i načina interpretacije sebe i okoline, već je neophodno menjati i manifestno ponašanje i pospešiti facilitativni interakcijski spreg unutrašnjeg i manifestnog ponašanja u pozitivnom smeru. U klinički validnoj bihevioralnoj terapiji menja se kako neadaptivno manifestno ponašanje, tako i neadaptivni načini doživljavanja iskustva.

Napred navedeni primeri ukazuju na opravdanost stava da je kognitivna terapija integralni deo kompleksnog bihevioralnog pristupa, zasnovanog na principima i paradigmatima učenja.

Bachrach (1985) iznosi da „ni jedan teoretičar ne negira postojanje unutrašnjih zbivanja u čoveku, niti činjenicu da percepcija zbivanja daje ton aktivnostima. Bihevioralni teoretičari učenja smatraju da su sva takva ponašanja podložna eksperimentalnoj analizi i da se ne mogu posmatrati odvojeno od drugih aspekata ponašanja“.

Veštačka dihotomija kognitivne naspram bihevioralne terapije verovatno izrasta na osnovu:

1. potrebe pojedinih autora da prenaglašavaju značaj intervencija koje su oni uveli u praksu sa ciljem sticanja što veće afirmacije - Beck, Wolpe, Bandura, Ellis;
2. kao vid reakcije na radikalne oblike bihevioralne terapije, koja se danas retko koristi u kliničkoj praksi;
3. kao oblik manifestacije iskonskog verovanja u lekovito dejstvo reči.

Na kraju, može da se zaključi da kognitivne intervencije predstavljaju podvrstu bihevioralne psihoterapije (Wolpe 1986). Da li će težište lečenja biti na korekciji pogrešnih koncepcija ili na procesima razuslovljavanja i operantnog učenja, zavisi od rezultata bihevioralne analize u svakom slučaju zasebno. Svaki pokušaj razdvajanja dvaju aspekata bihevior psihoterapije teorijski je neosnovan i klinički neproduktivan.

LITERATURA

- Bachrach, (1985). Learning theory, u Kaplan, H.I. i Saddock B.J. „Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, Williams i Wilkins, Baltimore.“
- Bandura, A (1969). Principles of Behavior Modification, Holt, New York.
- Beck, A. (1985). Cognitive Therapy u Kaplan, H.I. i Saddock B.J. „Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV“, Williams i Wilkins, Baltimore.
- Dryden, W. i Golden W.L. (1986). Cognitive-Behavioural Approaches to Psychotherapy, Harper i Row, Cambridge.
- Ellis, Gore(1986). u Multsby, M. i A. T. Rational-Emotive Therapy, u Dryden, Golden „Cognitive-Behavioural Approaches to Psychotherapy, Harper i Row, Cambridge“.
- Lewinsohn, (1985). u Hirschfeld, R. i Shea, M. Affective Disorders: Psychosocial Treatment, u Kaplan, H.I. i Saddock B.J. „Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV“, Williams i Wilkins, Baltimore.
- Meichenbaum, D. (1979). Cognitive-Behavior Modification, Plenum Press, New York.
- McLean. (1985). u Hirschfeld, R. i Shea, M. Affective Disorders Psychosocial Treatment, u Kaplan, H I. i Saddock B.J. „Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV“, Williams i Wilkins, Baltimore.
- Rachman, S. (1978). Fear and Courage, W.H. Freeman and Comp.,San Francisco.
- Rehm, A. (1985). u Hirschfeld, R. i Shea, M. Affective Disorders: Psychosocial Treatment, u Kaplan, H.I. i Saddock B.J. „Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV“, Williams i Wilkins, Baltimore.
- Wolpe, J. (1986). Retreat from the principles, Journal of Experimental Psychiatry and Behavior Therapy, Vol. 17, No 3, 215-218.

Kognitivno-bihevioralni tretman anksioznosti

Ivanka Živočić

Anksioznost je jedna od uobičajenih emocionalnih reakcija. Za većinu je ljudi dio svakodnevnog života i, kada je umjerenog intenziteta, ne mora predstavljati problem, već u mnogim situacijama čak može biti i svrsishodna (npr. djelovati kao pokretač na aktivnost).

Anksioznost je istovremeno i jedan od najučestalijih psihijatrijskih poremećaja. U cilju pojašnjenja razlike između normalne i patološke anksioznosti, Beck (1976) navodi da se anksioznost smatra neadekvatnom reakcijom kad njezin intenzitet značajno odstupa od onoga koji bi odgovarao realnoj opasnosti ili kad opasnost objektivno uopće nije prisutna.

Sveopća prisutnost i učestalost anksioznosti dovela je i do povećanog interesa za istraživanja prirode njenog nastanka, dijagnostičkih postupaka, kao i različitih pristupa tretmanu pojedinih anksioznih poremećaja. Objašnjenje anksioznosti pokušalo se naći u okviru psihoanalitičkog i bihevioralnog pristupa, teorija učenja te različitih humanističkih pristupa. Izvršena su i brojna fiziološka i genetska istraživanja u cilju razumijevanja ovog poremećaja. Premda u svom začetku prvenstveno usmjeren na tretman depresije, kognitivni pristup je u posljednje vrijeme sve prisutniji i u objašnjavanju, kao i tretmanu anksioznosti.

Kognitivni model anksioznosti

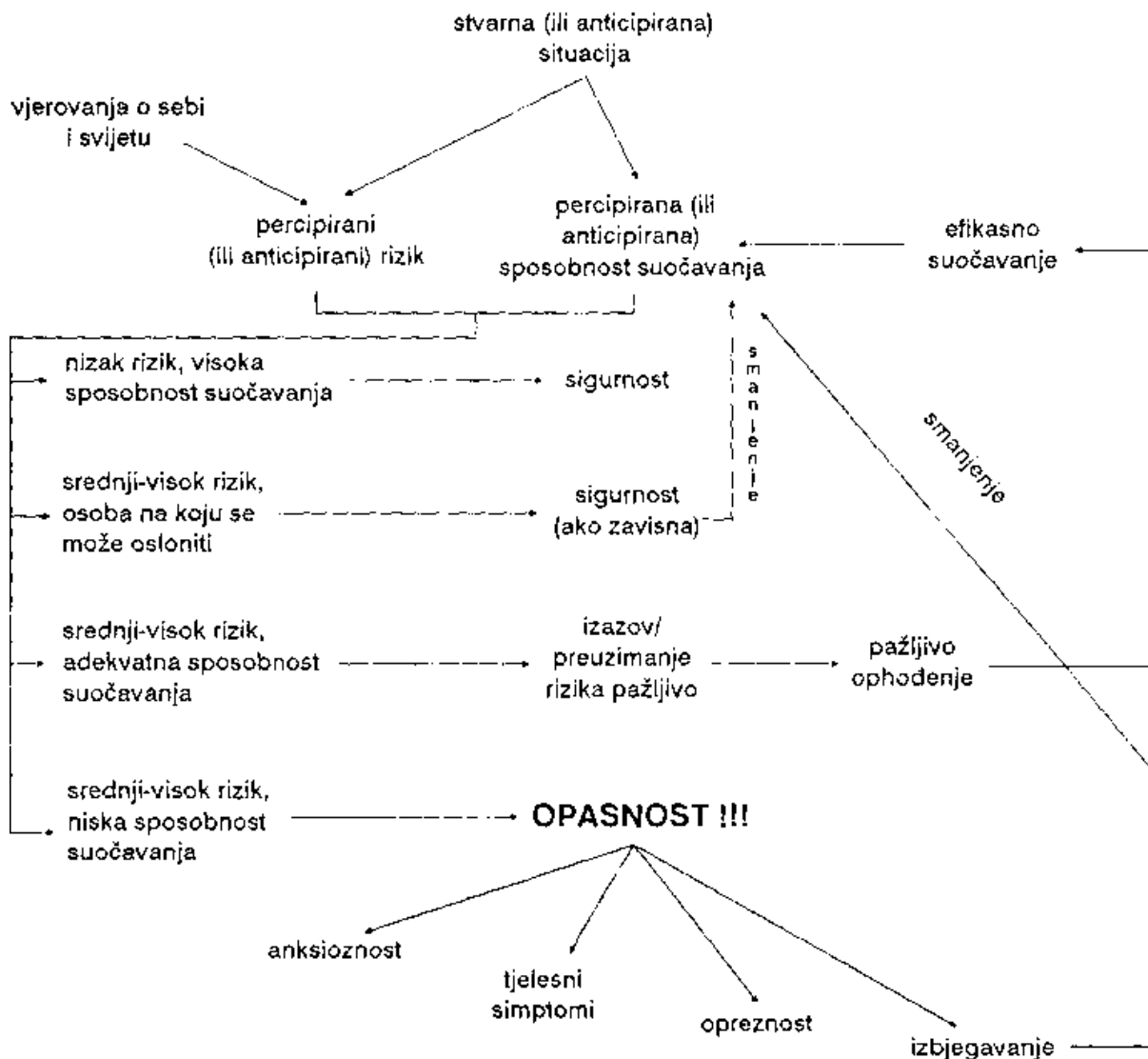
Prema Beck-ovoj kognitivnoj teoriji (Beck, 1976) osnovna tema koja se proteže kroz sva mišljenja anksioznih osoba je opasnost. Pacijent anticipira prijetnju (bilo fizičke, psihološke ili socijalne naravi) usmjerenu prema sebi ili svojoj obitelji. Mišljenje anksioznog pacijenta karakterizirano je kontinuiranim mislima o pojavi opasnog događaja. Osim u verbalnom obliku, ove misli mogu biti i u vidu predodžbi.

Istraživanja Deffenbachera i sur. (1986) kao i drugih autora ukazuju na neka karakteristična vjerovanja anksioznih osoba:

- pretjerana zabrinutost (ako nešto može biti opasno ili zastrašujuće, treba se zabrinuti i neprestano misliti i brinuti o tome);
- visoko samoočekivanje (osobni perfekcionizam) - uvjerenje da osoba mora biti potpuno kompetentna i imati visoka postignuća da bi bila cijenjena;
- tendencija katastrofiziranja - javlja se kad osoba izjednačuje pretpostavke s činjenicama;
- izbjegavanje problema - ideja da je lakše i bolje izbjegavati nego se suočavati sa životnim problemima;
- bespomoćnost - uvjerenje da prošlost određuje sadašnja osjećanja i ponašanja i to se ne može promijeniti;
- potreba stalne kontrole nad svime što se događa;
- potreba za odobravanjem - uvjerenje da je nužno biti voljen i prihvaćen od strane svih značajnih osoba;

- uvjerenje da je svijet opasan ako mu se nezavisno suprotstavljamo (a sigurnost se osigurava ili prisustvom voljene osobe ili ekstremnom oprežnošću);
- smanjena sposobnost logičkog rezoniranja u vezi zastrašujućih misli (sva zaključivanja idu u korist anksioznih misli);
- generalizacija podražaja koji se percipiraju kao opasni (npr. na zvuk sirene osoba predočava sliku djece u plamenu) itd,

Na slici 1. prikazan je kognitivni model anksioznosti (prema Fleming, 1989) kojim se slikovito pokušava objasniti kako brojni kognitivni faktori zajednički djeluju u nastanku i održavanju anksioznosti.

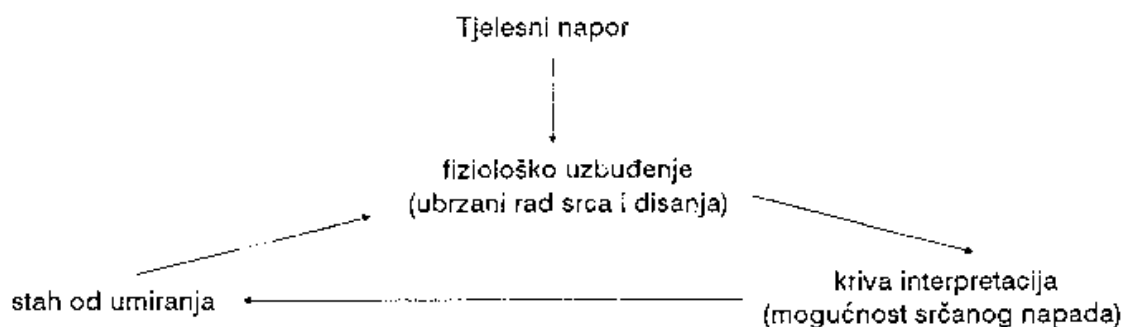


Sl. 1. Kognitivni model anksioznosti (Fleming, 1989.)

Premda procjena opasnosti izaziva anksioznost, uvjerenje u vlastitu samoeфикаsnost (ili sposobnost suočavanja s određenom situacijom) može ublažiti doživljaj prijetnje pa tako i samu anksioznost. Na procjenu samoeфикаsnosti utječe i prethodno iskustvo. Ako pojedinac percipira situaciju kao opasnu i istovremeno se s njom uspješno suočava, njegov osjećaj samoeфикаsnosti se povećava. Kad pojedinac izbjegava podražaje koje smatra opasnim, on momentalno smanjuje anksioznost. Međutim, dugoročno gledajući, time ne mijenja

percepciju opasnosti, a niti ne povećava doživljaj samoefikasnosti. Izbjegavanje zapravo djeluje kao potkrepljenje za buduća izbjegavanja u sličnim situacijama. Ponavljana izbjegavanja problemnih situacija mnogu s vremenom sniziti samoefikasnost i povećati anksioznost pojedinca.

Jedan od središnjih kognitivnih problema anksioznih pacijenata je i pretjerana usmjerenost pažnje na sebe. Tako se npr. agorafobičari počinju bojati svojih fizioloških simptoma što pojačava usmjerenost njihove pažnje na vlastita unutarnja stanja. Na taj se način (na principu povratne veze) svijest o postojanju simptoma interpretira kao dokaz da je opasnost zaista prisutna („Osjećam se anksiozno, znači situacija je opasna“). Naime, budući da pacijent asocira anksioznost s opasnošću, tako i samu anksioznost prepoznaje kao signal opasnosti. Ovaj je zatvoreni krug prikazan na sl. 2 (prema Beck i Emery, 1985).



Sl. 2. Prikaz povratne veze kod anksioznih pacijenata

Goldstein i Chambless (1978, prema Freeman i sur., 1990) ističu i ulogu „histeričnog stila mišljenja“ kod nastanka napada panike i agorafobije. Pod njim podrazumijevaju tendenciju pacijenata da krivo interpretiraju uzročne faktore smatrajući da se simptomi anksioznosti javljaju „niotkuda“ pa su zbog toga potpuno neobjašnjivi. Osobito pojedinci koji nisu skloni analitičkom mišljenju često pripisuju uzroke svojih simptoma samoj situaciji, a ne pojavi stresa i anksioznosti, što onda povećava vjerojatnost njihova izbjegavanja takve situacije.

Među faktorima koji pridonose pojavi agorafobičnog sindroma navode i nisku razinu samodovoljnosti i samoefikasnosti. Osoba visoke samodovoljnosti će se, i nakon doživljaja napada panike, pokušati aktivno suočiti s problemom umjesto da izbjegava situaciju ili da se oslanja na druge osobe čija prisutnost joj pruža osjećaj sigurnosti. Ovim se kognitivnim faktorima pokušava objasniti i činjenica da čak 34% osoba u općoj populaciji doživljava barem jedan napad panike godišnje (prema Barlow i Cerny, 1988), a da pri tome svi ne razviju poremećaj panike (svega 3-6%) ili agorafobiju.

Osnovne postavke kognitivno-bihevioralnog tretmana anksioznosti

Beck i Emery (1985) navode sljedeće osnovne ciljeve u tretmanu anksioznosti:

- povećanje pacijentove percipirane sposobnosti za suočavanje, i
- smanjenje percipirane vjerojatnosti prijetnje.

Freeman i sur. (1990) ih formuliraju kao:

- uklanjanje pretjeranih strahova i neprilagođenog ponašanja izbjegavanja,
- ublažavanje nastale anksioznosti.

Otežavajuću okolnost u dostizanju ovih ciljeva predstavlja činjenica da se strahovi i nefunkcionalno ponašanje međusobno podržavaju. Osim toga, racionalni odgovori ne djeluju na anksioznost na isti način kao na neke druge emocije (npr. depresiju). Tako je vrlo uobičajeno da pacijent racionalno razumije da nije ni u kakvoj opasnosti, a da se i dalje osjeća anksiozno i izbjegava „opasnu“ situaciju.

Općenito se može reći da anksiozni pacijenti dozvoljavaju da anksioznost ovlada njihovim životom te većinu vremena i energije troše u nastojanju da se s njom bore, kontroliraju je ili izbjegnu. Prema mišljenju mnogih autora čini se da strah od neugodnih događaja upravo povećava vjerojatnost da se oni stvarno i dogode (npr. osoba s intenzivnim strahom od javnog nastupa razvit će takve simptome anksioznosti koji će je vjerojatnije omesti u postizanju uspjeha nego opuštenu osobu).

Zbog toga je jedna od osnovnih taktika u tretmanu zahtjev da pacijent prihvati vlastitu anksioznost te da se izlaže situacijama koje je pojačavaju. Otkriće da posljedice nisu tako strašne kao što je očekivao dovodi do postupnog slabljenja anksioznosti. Da bismo prethodno postigli spremnost pacijenta da se suoči sa svojom anksioznošću, neophodno je razmotriti njegovu procjenu intenziteta prijetnje u konkretnoj situaciji kojoj se izlaže.

Pažljivim razmatranjem modela anksioznosti prikazanog na sl. 1 može se uočiti nekoliko točaka na kojima je moguće intervenirati. Tako se npr. opća razina anksioznosti može sniziti treningom vještina za snižavanje anksioznosti (kao što su relaksacija, skretanje pažnje na vanjske sadržaje i sl.).

Katastrofične misli (sjećanja, slike i td.) mogu se izazivati i mijenjati tehnikom kognitivne restrukturacije. Naime, opažanjem i izazivanjem nefunkcionalnih misli smanjuje se tendencija automatskog donošenja zaključaka te se pojašnjava krivo razumijevanje odnosa uzroka i posljedica, što sve olakšava efikasnije rješavanje problema s kojima se osoba susreće u budućnosti.

Na izbjegavanja (bilo bihevioralna ili kognitivna) može se djelovati namjernim izlaganjem pacijenta situaciji koja izaziva strah, dok se osjećaj samo-efikasnosti može povećati kognitivnim izazivanjem nerealističnih procjena vlastitih kapaciteta, kao i treningom vještina suočavanja (poput asertivnog treninga).

U nastavku teksta detaljnije će biti prikazane neke od specifičnih bihevioralnih i kognitivnih tehnika u tretmanu anksioznosti.

Prikaz tehnika

Jedna od osnovnih tehnika kognitivno-bihevioralnog tretmana anksioznosti je kognitivna restrukturacija. Pacijent najprije identificira svoje automatske misli, a zatim mu terapeut postavlja niz pitanja u cilju ispravljanja njegovog neadekvatnog načina mišljenja. Niz različitih pitanja moguće je svesti na tri osnovne grupe:

1. **što potvrđuje takav način mišljenja?** (pacijent se suočava s realnošću i pokušava joj se približiti):
 - analiza logičkog mišljenja; utvrđivanje pogrešaka u mišljenju (npr. pretjerano generaliziranje, prerano zaključivanje)
 - pružanje neophodnih informacija (o prirodi bolesti i mogućim posljedicama);

statistički podaci o nesrećama i sl.)

- testiranje hipoteza (npr. u toku seanse može se demonstrirati neodrživost hipoteze „Ne mogu donijeti nikakvu odluku“).

2. koji je drugi mogući način gledanja na to?

- produciranje alternativnih interpretacija situacije
- bilježenje nefunkcionalnih misli
- decentriranje (zauzimanje perspektive druge osobe)
- reatribucija (npr. ukazati pacijentu na razliku između odgovornosti i obaveze)
- gledanje na situaciju sa šire perspektive
- preokretanje negativnosti u prednost (npr. gubitak posla kao mogućnost dužeg bavljenja s obitelji, uključivanja u različite hobije i sl.)
- izazivanje dihotomnog (crno-bijelog) mišljenja - od pacijenta se traži da procjenjuje intenzitet emocija ili valjanost automatskih misli na skali, u odnosu na ekstremne točke kontinuuma koje je sam definirao.

3. što ako se to i dogodi?

a) dekatastrofiziranje

- razmotriti najgori mogući ishod kojeg pacijent vidi (kako bi se snašao u takvoj situaciji)
- promjena mentalnih slika (zamjena zastrašujućih slika ugodnima)
- zaustavljanje misli („thought stopping“)
- vremenska projekcija (pacijent zamišlja istu situaciju za mjesec dana, godinu ili nekoliko godina kasnije)

b) plan suočavanja sa situacijom – težište je na razvijanju vještina za suočavanje, a ne na stvarnom savladavanju situacije. Ove vještine u pravilu smanjuju pacijentovu anksioznost te istovremeno povećavaju njegov doživljaj samoefikasnosti. Pri tome se može koristiti trening socijalnih vještina, asertivni trening, kao i neke bihevioralne tehnike (kao što su različiti oblici relaksacije, skretanje pažnje na vanjske sadržaje i sl.)

c) stavljanje pacijenta u situaciju da u toku igre uloga s terapeutom nalazi protudokaze i tako obara vlastita uvjerenja.

Sumirajući ova pitanja možemo zaključiti da se kognitivnom restrukturacijom utvrđuju četiri osnovna područja:

- vjerojatnost ostvarivanja zastrašujućeg događaja;
- stupanj u kojem je događaj užasavajući za pacijenta;
- sposobnost pacijenta da spriječi pojavu takvog događaja;
- sposobnost pacijenta da ga prihvati i da se suoči s najgorim mogućim ishodom.

U tretmanu anksioznosti često se koriste i **paradoksalne tehnike** kojima se kod pacijenta

namjerno izazivaju i potenciraju prisutni simptomi. Ove se tehnike primjenjuju isključivo uz punu suradnju pacijenta. Pacijentu se unaprijed obrazlaže smisao i djelovanje tehnike koja će se koristiti - npr. namjerno izazivanje napada panike smanjuje strah od samog napada, a istovremeno pruža i šansu za uvježbavanje primjene naučenih vještina suočavanja te na taj način dovodi do ublažavanja primarnih simptoma.

Među najčešće korištenim bihevioralnim tehnikama spominje se **izlaganje** (zamišljanjem ili u živo). Bitna razlika u primjeni ove tehnike u kognitivnom u odnosu na bihevioralni pristup je u tome da se pacijenta ne nastoji poštediti anksioznosti (postupnim izlaganjem), već ga se, naprotiv, izlaže doživljaju intenzivne anksioznosti kako bi je naučio tolerirati i suočavati se s njom. To je ujedno i vrlo moćan način izazivanja pacijentovih katastrofičnih misli i uvjerenja. Izlaganje se može organizirati uz prisustvo terapeuta u toku seanse ili se zadaje kao domaća zadaća.

Vještine kojima pacijent smanjuje opću razinu stresa (npr. duboko disanje, skretanje pažnje) mogu se koristiti za smanjenje anksioznosti pri suočavanju sa zastrašujućom situacijom, ali ono što je ključno u tretmanu je doživljaj suočavanja sa zastrašujućom situacijom na način da ne dolazi do očekivane katastrofe.

Tehnika silaznog slijeda („downward arrow“) pomaže pri utvrđivanju ključnih pretpostavki koje leže u osnovi većine pacijentovih automatskih misli. Pacijentu se postavlja niz uzastopnih pitanja, kao „A što bi to za vas značilo?, Što bi se zatim dogodilo?“ i sl.

Zaključci o bazičnim vjerovanjima pacijenta donose se i na osnovi:

- tema koje se javljaju u njegovu govoru,
- tipova pogrešaka u njegovu mišljenju,
- davanja globalnih procjena (npr. glup, nesiguran, neuspješan)
- njegovih komentara o ponašanju drugih ljudi i td.

Nakon što su utvrđena, **bazična se vjerovanja testiraju** nizom tehnika, kao:

- preispitivanje takvog pravila (da li je logično, korisno; što bi se dogodilo da ga napusti i sl.)
- decentriranje (izazivanje uvjerenja da je pacijent centar pažnje)
- formuliranje alternativnog pravila (pretpostavke).

U ovu se svrhu često koriste i različiti bihevioralni eksperimenti:

- promatranje vlastitog i tuđeg ponašanja;
- ponašanje suprotno uvjerenju te opažanje posljedica;
- testiranje novog uvjerenja u akciji.

Pored kognitivnih i bihevioralnih tehnika nije zanemaren niti **emocionalni aspekt** pacijentove ličnosti. Osnovne tehnike koje se koriste u cilju oslobađanja od simptoma su usmjerene na:

- prihvaćanje vlastitih emocija (identificiranje različitih emocija, smanjenje zabrinutosti zbog vlastite anksioznosti, smanjenje srama);
- povećanje tolerancije na anksioznost;

- vježbe odvrćanja pažnje (npr. čitanje, šetnja, razgovor telefonom, detaljno opisivanje nekog predmeta u neposrednoj vidnoj okolini, brojanje) – ovo preusmjeravanje pažnje s vlastitih stanja na vanjske sadržaje pomaže i pri identifikaciji automatskih misli.

Ovime ni u kojem slučaju nije iscrpljen sveobuhvatan popis tehnika u kognitivno-bihevioralnom tretmanu anksioznosti, već su prikazane samo one najučestalije. Neke od navedenih, kao i neke dodatne tehnike, bit će prepoznatljive u prikazu pacijentice u drugom dijelu teksta. Osim toga, svakom je terapeutu pružena mogućnost da, u skladu s osnovnim principima, samostalno kreira ili modificira pojedine tehnike prilagođavajući ih svakom pacijentu.

Tretman najčešće započinje:

- definiranjem problema na osnovi detaljno prikupljenih specifičnih informacija,
- identificiranjem raspoloživih sistema podrške u okolini pacijenta,
- zajedničkim postavljanjem ciljeva,
- prezentiranjem racionalne tretmana.

Osim što pruža uvid u logiku tretmana, edukacija pacijenta o prirodi same anksioznosti razvija njegovo povjerenje u terapeuta. Osjećaj da ga terapeut razumije povećava pacijentovu spremnost na suradnju.

Kognitivno-bihevioralni tretman anksioznosti je u pravilu nešto dugotrajniji od tretmana depresija. Jedan od očitih razloga je teža dostupnost automatskih misli kod anksioznih pacijenata. Dok depresivni pacijenti često s relativnom lakoćom iznose svoje misli, ponekad je potreban veći broj seansi i primjena različitih tehnika da bi se utvrdile misli anksioznih pacijenata. Osim toga, ponašanje izbjegavanja može donositi toliko olakšanje da pacijent razvije snažan otpor na promjenu. Zbog toga identificiranje sekundarne dobiti prisutnih simptoma pomaže jasnijem zajedničkom postavljanju ciljeva tretmana.

PRIKAZ PACIJENTICE

Opći podaci

Pacijentica ima 42 godine, živi s mužem (36 god.), sinom (11 god.) i kćerkom iz prvog braka (19 god.). Zaposlena je kao glavna medicinska sestra u bolnici, materijalno je dobro situirana.

Simptomi

Pri dolasku u kliniku žali se na javljanje napada panike (4 u posljednja 2 mjeseca) kojima obično prethodi osjećaj nemira, tjeskobe te napetosti u prsima i trbuhu. Kao glavne simptome napada opisuje: lupanje srca, osjećaj strave, grčenje želuca, derealizacija, trnjenje u mišićima, suha usta, perceptivne promjene, „kao da ne mogu disati“. Simptomi obično traju kraće od jedne minute.

Pacijentica uglavnom ne izbjegava specifične situacije, iako se osjeća dosta nelagodno pri odlasku u trgovine, restorane, na stadion i sl.

Prije godinu dana imala je ozbiljnije bračne probleme zbog kojih je morala zatražiti pomoć psihologa. U isto vrijeme bila je dosta napeta i nezadovoljna na poslu, te je počela

razmišljati o promjeni radnog mjesta. Konzumirala je i velike količine kave (prosječno 6 šalica dnevno). Do pojave tih sukoba smatrala je da predstavljaju „idealni par“, te je odjednom razvila mnoge sumnje i nesigurnosti u svojoj ulozi žene („*Da li sam mu još uvijek privlačna, da li me još uvijek voli, mogu li mu vjerovati?*“). Opisuje da se osjeća kao da gubi dio svog života.

Od tjelesnih simptoma navodi glavobolje i umor. Simptomi depresije nisu zamijećeni (na Beckovom upitniku postiže 11 bodova).

Na upit o prisutnosti psihičkih problema u porodici spominje da je ujak bio hospitaliziran zbog depresije, dok je otac „mrzio“ liftove i gužvu.

Nakon sveobuhvatne dijagnostičke evaluacije procijenjeno je:

- da pacijentica ima dobre okolnosti koje pogoduju uspješnoj prilagodbi (relativno sređen obiteljski život, stalan posao, dobre prijateljske relacije);
- da nema patologije ličnosti;
- da je vrlo pogodna za fokusiran kognitivno-bihevioralni tretman u kojem bi razvila vještine za suočavanje s anksioznošću i panikom.

Pacijentica dobiva **dijagnozu anksioznosti**, i to **Poremećaj panike bez agorafobije**, prema klasifikaciji američkog psihijatrijskog udruženja DSM-III-R (APP, 1987).

Kriteriji za poremećaj panike bez agorafobije prema DSM-III-R:

- A. Jedan ili više napada panike (periodi intenzivnog straha ili nelagode) se za vrijeme trajanja poremećaja pojavio:
- 1) neočekivano, tj. nije se pojavio neposredno prije ili za vrijeme izlaganja situaciji koja gotovo uvijek izaziva anksioznost;
 - 2) nije izazvan situacijama u kojima je osoba bila u središtu pažnje drugih.
- B. 4 napada prema kriteriju A u toku 4 tjedna, ili 1 ili više napada iza kojih slijedi period stalnog straha od sljedećeg napada u trajanju od najmanje mjesec dana.
- C. Najmanje 4 od sljedećih simptoma u toku barem jednog napada:
- 1) kratkoća daha ili doživljaj gušenja
 - 2) vrtoglavica, osjećaj nestabilnosti ili nesvjestice
 - 3) palpitacija ili ubrzani rad srca (tahikardija)
 - 4) drhtanje
 - 5) znojenje
 - 6) gušenje
 - 7) mučnina ili nelagoda u trbuhu
 - 8) depersonalizacija ili derealizacija
 - 9) drvenjenje ili trnjenje (parestezije)
 - 10) navale vrućine ili hladnoće
 - 11) bol ili nelagoda u prsima

12) strah od umiranja

13) strah da će poludjeti ili učiniti nešto nekontrolirano.

Napomena: Napadi koji uključuju 4 ili više simptoma su napadi panike. Napadi koji uključuju manje od 4 simptoma su ograničeni simptomi napada (vidi Agorafobija bez povijesti napada panike).

D. Za vrijeme barem nekih napada najmanje 4 C simptoma su se javila iznenada i pojačavala u toku prvih 10 minuta od pojave prvog simptoma.

E. Nije utvrđeno organski faktor koji uzrokuje ili podržava poremećaj (npr. intoksikacija amfetaminom ili kafeinom; hipertireodizam).

Napomena: „Mitral valve prolapse“ može biti povezan s ovim stanjem, ali ne sprečava postavljanje dijagnoze napada panike.

Ciljevi tretmana

Tijekom prve dvije terapijske seanse s pacijenticom su razmatrana njezina očekivanja te su zajednički postavljeni sljedeći ciljevi tretmana (formulirani njezinim riječima):

- 1) da imam manja očekivanja od sebe – da si mogu dozvoliti da pogriješim
- 2) da promijenim svoj način mišljenja:
 - da se ne osjećam nfprihvaćeno kada za to nema razloga,
 - da ne osjećam da mi je muž potreban za dokazivanje vlastitog identiteta,
 - da nemam strah da će mu se nešto dogoditi kada nisam s njim,
 - da samu sebe više prihvaćam i volim.

Zanimljivo je da pri formuliranju ciljeva tretmana pacijentica ne navodi napade panike. Vjerojatno je u toku dijagnostičkog postupka i prvih seansi dobila bolji uvid u vlastito stanje, te na osnovi toga redefinirala ciljeve koje želi postići.

Tok tretmana

Tretman je započet treningom relaksacije (prema Bernstein i Borkovec, 1973). Pacijentica je dobila zadatak da samostalno vježba progresivnu mišićnu relaksaciju dva puta dnevno kod kuće, uz pomoć magnetofonske trake sa snimljenim uputama. Također je svakodnevno vodila dnevnik aktivnosti s procjenjivanjem stupnja anksioznosti svaki sat (na skali od 0 do 10). Premda joj je na početku objašnjen tok i svrha svakog dijela tretmana, bila je vrlo nestrpljiva u toku treninga relaksacije i željela je što prije započeti s radom na kognitivnim sadržajima.

Analiza bilježaka dnevnih aktivnosti omogućila je utvrđivanje situacija koje izazivaju povišenu anksioznost. Pacijentica je dobila zadatak samoopažanja u takvim situacijama te utvrđivanja i bilježenja automatskih misli koje se tada javljaju. Pri tome je utvrđen velik broj misli koje su se odnosile na osjećaj neuspješnosti, neprihvaćenosti, usamljenosti. Većina misli bila je usmjerena na problem kontrole, npr. „*Ne mogu podnijeti da budem van kontrole. Ili sam potpuno pod kontrolom ili potpuno bez kontrole. Ja sam jedina koja može riješiti svoje probleme i nitko mi ne može pomoći. Moram sve raditi savršeno da bih imala kontrolu.*“

Tehnikom silaznog slijeda, analizom automatskih misli i pogrešaka u mišljenju utvrđeno

je da u njihovoj osnovi leži tendencija k perfekcionizmu. Za izazivanje ove tendencije korištene su sljedeće tehnike:

- 1) Bilježenje različitih aktivnosti u toku dana, uz procjenu vlastite efikasnosti i zadovoljstva koje svaka aktivnost pruža. Pacijentica je utvrdila nekoliko aktivnosti koje su joj pružale veliko zadovoljstvo premda ih nije izvršavala savršeno (npr. uređivanje cvijeća), dok su joj neke aktivnosti na poslu koje je izvršavala besprijekorno pružale vrlo malo zadovoljstva. Uvidjela je da nije nužno da nešto učini bez pogreške da bi u tome uživala. Uputila da svaki dan odabere 20 minuta za sebe kada ne čini ništa korisno pomogla joj je da shvati kako ne mora nužno biti efikasna da bi bila zadovoljna i sretna.
- 2) Pacijentica je procijenila nekoliko bliskih osoba i sebe na kontinuumu perfekcionizma te na taj način uvidjela da sebe procjenjuje povoljnije od većine ljudi koje poznaje i koje vrlo cijeni, a da zapravo niti ne želi biti potpuno na ekstremu (takvu osobu opisuje kao hladnu, krutu, bezosjećajnu i napornu za okolinu).
- 3) Izvršena je analiza prednosti i nedostataka ponašanja koje teži perfekcionizmu. Pacijentica je bila iznenađena da joj je bilo vrlo teško racionalno producirati prednosti takvog ponašanja. Zajednički smo ipak pronašle prednosti koje joj ono donosi, ali je još uvijek njihova „cijena“ bila previsoka.
- 4) Pacijentica dobiva zadatak da namjerno učini nešto manje uspješno nego što bi zapravo mogla, te da opaža posljedice takvog ponašanja (vlastita osjećanja i misli, kao i reakcije okoline). Zanimljivo je da se u toku čitave seanse u kojoj joj je prezentirana ova domaća zadaća nije mogla dosjetiti što bi to moglo biti te je rekla da će pokušati o tome razmišljati u toku idućeg tjedna. Na sljedećoj seansi navodi da je u toku radnog vremena pročitala novine i pojela ručak u svojoj sobi (što je smatrala nedopuštenim). Razgovarale smo o njezinoj potrebi da izbjegne potpuno izvršavanje ovog zadatka te mogućim strahovima od predviđenih posljedica. Ponovno joj je objašnjen smisao ove tehnike. U toku sljedećeg tjedna uspjela je namjerno površno obaviti nekoliko poslova (neuređenje kuhinje prije odlaska na posao, sadenje cvijeća bez prethodnog čišćenja korova). Suprotno očekivanjima, utvrdila je daje bila prilično opuštena te da nije doživjela neugodne komentare od strane drugih (dapače, dobila je puno pohvala na račun posađenog cvijeća u vrtu, pri čemu nitko nije spomenuo ostatke korova).
- 5) Kroz nekoliko seansi raspravljana je (kognitivnom restrukturacijom) njezina potreba za kontrolom, te osjećaj odgovornosti i krivnje za sve što se događa (npr. uspješnost sina u školi, zadovoljstvo muža, mogućnost nesreće i td.). Razmatrano je i njeno mišljenje o tome što sve može kontrolirati, ali isto tako što zaista želi kontrolirati (u smislu preuzimanja brige i odgovornosti).

Paralelno s kognitivnom restrukturacijom pacijentica je bila poticana da se izlaže situacijama koje su povećavale njezinu anksioznost (npr. da sama ode u robnu kuću u kupovinu, da se sama vozi autom kući s posla i sl.), te da pokuša namjerno izazvati napad panike. Ova paradoksalna tehnika pomogla joj je da uoči kako je strahom od napada i pokušajem njegova suzbijanja zapravo povećavala svoju anksioznost. U toku čitavog tretmana nije doživjela niti jedan napad panike, iako je imala dva iskustva u toku kojih se osjećala vrlo anksiozno (procijenjena s 9 na skali 0-10).

Nakon 10 seansi počela se znatno bolje osjećati. Njezine procjene doživljene anksioznosti u toku dana su bile niže, dok su procjene zadovoljstva porasle, a i u toku seansi je djelovala smirenije i vedrije. Međutim, na 14. seansu došla je prilično uznemirena navodeći da se posljednjih tjedan dana osjeća „prazno“ i „gotovo depresivno“ što je za nju bilo novo iskustvo. Očito je da nije znala kako nadomjestiti „prazninu“ koja je nastala smanjenjem brige i anksioznih misli i osjećanja. Dobila je zadatak praćenja pojedinih emocija koje se javljaju u toku dana te procjene njihova intenziteta, kako bi naučila prepoznavati i razviti osjetljivost i za druga emocionalna stanja. Nadalje, svaki dan je trebala odabrati 20 minuta kada ne bi „baš ništa“ radila (misli se bilo korisno ili nekorisno) te bilježiti misli koje se u to vrijeme javljaju. Analiza ovih misli ukazala je da je pacijentica imala poteškoće opuštanja zbog straha od gubitka kontrole. Razgovori o njezinoj realnoj potrebi i mogućnosti kontroliranja doveli su do povećanja sposobnosti opuštanja. Uvidjela je i prednosti koje joj to pruža te je spontano počela produžavati dnevno vrijeme u kojem nije „ništa“ radila.

Pacijentica je tražila da se na jednoj seansi razgovara o razlozima njezine anksioznosti. Naime, zbunjivalo ju je što je postala anksiozna u drugom braku u kojem je znatno zadovoljnija, dok u prvom braku koji je bio vrlo nekvalitetan i izvor velikog nezadovoljstva nije imala takve simptome. Razmatranjem vrijednosti koje je nalazila u svakoj situaciji sama je došla do odgovora da u prvom braku nije imala što izgubiti (rastava je zapravo dovela do olakšanja), dok je u sadašnjem braku prisutan intenzivan strah od gubitka nečega što je za nju vrlo značajno.

Nakon 20. seanse pokazuje značajan napredak. Njene procjene anksioznosti su još niže, te se gubi interes za izvođenje domaće zadaće, osobito za redovno vođenje dnevnika aktivnosti.

U to vrijeme razmotrena je mogućnost završavanja tretmana. Revidirani su ciljevi postavljeni na početku terapije te je utvrđen napredak u oba postavljena cilja. Pacijentica je opuštenija, manje opterećena težnjom k perfekcionizmu. Spremna je dozvoliti si da nešto izvrši nesavršeno, osobito u situacijama kad to za nju nema veliku važnost. Zadovoljnija je sobom i manje orijentirana na muža. Nalazi više aktivnosti u kojima sama uživa, a njemu dozvoljava da samostalno provodi vrijeme po svom izboru. Ne doživljava se odbačenom kada njegova pažnja nije potpuno usmjerena na nju. Tako se npr. veseli kad on sam odlazi u posjet svojim roditeljima preko vikenda i to vrijeme koristi za druženje s djecom i izlazak s prijateljicom; za rođendan mu kupuje dvije karte za koncert njegove omiljene grupe na koji on odlazi sa svojim prijateljem i td.

Istovremeno je zajednički kreiran plan za održavanje postignutih rezultata. Rezimirane su vještine koje je naučila i koje može koristiti kad postane anksiozna. Demonstrirane su joj tehnike skretanja pažnje (pri čemu se jedino brojenje unatrag po tri pokazalo djelotvornim); ponovljene vježbe relaksacije; metoda kognitivne restrukturacije (postaviti si pitanja koja bi terapeut postavio - koji su dokazi za moj način mišljenja, koji je drugi način da se na to gleda, što mogu učiniti ako se to i dogodi) i td. U dodatku ovog prikaza opisan je podsjetnik za pacijente kojeg Beck i Emery (1985) predlažu u cilju održavanja efekata tretmana.

U toku završavanja tretmana pacijentica je iznijela želju za radom na smanjenju težine. Navela je da o tome razmišlja već desetak godina, ali do sada nije ništa aktivno poduzela. Prodiskutirana je njezina sadašnja motivacija, kao i očekivanja koja ima u vezi s planiranom promjenom. Njena izjava da želi izgubiti cca 5 kg da bi se bolje osjećala i imala više mišljenje

o sebi, a ne da bi izazvala reakcije okoline, predstavlja također znak napretka u tretmanu. Kratko je razmotren plan akcija, te joj je sugerirano da se uključi u grupni kognitivno-bihevioralni tretman za održavanje težine.

Na 26. seansu pacijentica dolazi vrlo zadovoljna navodeći da je u 3 tjedna izgubila 2 kg. Iz njezinog izvještaja uočeno je da je došlo do generalizacije efekata. Tehnike koje je naučila za suočavanje s anksioznošću počela je primjenjivati i u rješavanju drugih problemnih situacija. Na toj posljednoj seansi dat je i osvrt na cjelokupni tretman, te su međusobno razmjenjena osjećanja u vezi njegova završavanja.

Zaključak

Ovim primjerom prikazan je jedan uspješan tretman anksioznosti. Treba reći da je nekoliko faktora išlo tome u prilog. Pacijentica je bila obrazovana, inteligentna, visoko motivirana, relativno sređene obiteljske situacije, materijalno dobro osigurana. Vrlo je dobro reagirala na kognitivne intervencije, dok je pokazivala manju nestrpljivost u toku treninga relaksacije. Osim toga, nije imala nikakve dodatne patologije.

Sličan tretman može biti znatno otežan kod pacijenata s određenom patologijom ličnosti kada se javljaju veći otpori i kada pacijent pokazuje povećani strah od oslobađaja od simptoma, što sve u velikoj mjeri interferira s ciljevima tretmana.

Istraživanjima su dobiveni različiti podaci o efikasnosti kognitivno-bihevioralnog tretmana anksioznosti. Michelson (1987) sumira brojne rezultate navodeći da u nekim slučajevima kognitivno-bihevioralni postupci pokazuju prednost nad bihevioralnim, u nekima nemaju prednosti, dok se ponekad bolji rezultati postižu samim bihevioralnim tretmanom, što ovisi o vrsti problema i karakteristikama pacijenta.

Butler i sur. (u tisku) su utvrdili superiornost kognitivno-bihevioralnih tehnika u tretmanu generalizirane anksioznosti, u odnosu na primjenu samo bihevioralnih tehnika, s tim da je razlika bila još izraženija 6 mjeseci kasnije nego neposredno nakon tretmana. Uočena je i veća otpornost pacijenata na rani povrat simptoma (relapse).

Barlow i Cerny (1988) navode uspješnost većeg broja kognitivno-bihevioralnih tretmana različitih autora u tretiranju poremećaja panike (u gotovo 100% slučajeva) sa zadržavanjem postignutih efekata u trajanju od 2 godine. Svi tretmani uključeni u ovu evaluativnu studiju sadržavali su izlaganje interoceptivnim senzacijama, dok su se djelomično razlikovali u udjelu kognitivnih komponenata i kontrole disanja, kao i edukaciji pacijenata o uzrocima tjelesnih simptoma povezanih s panikom.

Navedeni nas podaci ohrabruju na primjenu kognitivno-bihevioralnih tretmana anksioznih poremećaja, ali istovremeno potiču na daljnja istraživanja, kao i nalaženja novih strategija i tehnika u cilju daljnjeg povećanja njihove efikasnosti.

PRILOG

Podsjednik za pacijente (Beck i Emery, 1985):

- 1) **Prihvatite svoju anksioznost**, ne borite se protiv nje. Opiranjem samo povećavate nelagodu.
- 2) **Pratite svoju anksioznost bez vrednovanja**. Procjenjujte njezin intenzitet na skali 0-10 i pratite kako raste i opada. Zapamtite da vi niste vaša anksioznost. Distancirajte se od nje i budite samo promatrač.
- 3) **Ponašajte se zajedno s anksiožnošću**. Normalizirajte situaciju i ponašajte se kao da niste anksiozni. Dižite polako i normalno. Ako pobjegnute iz situacije, vaša će anksioznost opasti, ali strah će porasti. Ako ostanete, i anksioznost i strah će se smanjiti.
- 4) **Ponavljajte ove korake** dok se anksioznost ne spusti na prihvatljivu razinu, a spustit će se sigurno, samo ako ponavljate da je: prihvaćate, opažate i ponašate se zajedno s njom.
- 5) **Očekujte najbolji ishod**. Ono čega se bojite se najčešće ne događa. Ne budite iznenađeni ako se anksioznost ponovo pojavi, radije iznenadite sebe načinom na koji se s njom suočavate. Dok god živite imat ćete priliku da je doživljavate u određenoj mjeri.

LITERATURA

- Barlow, D.H., Cerny, J.A. (1976). *Psychological Treatment of Panic*, The Guilford Press, New York.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, A Meridian Book, New York.
- Beck, A.T., Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias, A Cognitive Perspective*, Basic books, New York.
- Bernstein, D., Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*, Champaign.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (in press). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Deffenbacher, J.L., Zwemer, W.A., Whisman, M.A., Hill, R.A., Sloan, R.D. (1986). Irrational beliefs and anxiety, *Cognitive Therapy and Research*, 10, 281-292.
- DSM-III-R, *Diagnostic and statistical manual (rev. 3rd ed.)*, (1987). American Psychiatric Press, Washington.
- Fleming, B. (1989). *Anxiety Disorders*, (unpublished manuscript).
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*, Plenum Press, New York.
- Michelson, L (1987). Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia, in: L.Michelson, L.M.Ascher (Eds.): *Anxiety and Stress Disorders: Cognitive-behavioral Assessment and Treatment*, Guilford Press, New York.

Kognitivni elementi psiholoških intervencija u medicini

Andrea Gustović

Unazad 15-ak godina obnovljena je stara ideja da etiologiji, liječenju i rehabilitaciji različitih bolesti treba prići na mnogo širi način nego što je danas najčešće slučaj. U spoznaje tradicionalne medicine počeli su se, naime, sve više uključivati bihevioralni, psihološki i okolinski faktori zdravlja. Proširuje se i fokus i analiza zdravstvenog problema.

Spoznalo se daje bolest (odnosno zdravlje) multifatorski određena. Isti virus različito djeluje na dvoje ljudi; zbog lezije istog podrijetla, na istom mjestu, kod različitih ljudi rehabilitacija različito dugo traje.

O interakciji psihičkog i fizičkog razmišlja se redovito u povodu simptoma kod kojih liječnici ne nalaze organskog uzroka tegobama, što je najčešće slučaj kod psihosomatskih bolesti. Dugo je psihosomatika bila jedino područje dodira psiholoških faktora i medicine. No, takvo gledanje je već danas preusko, često proizašlo iz samo jednog teoretskog pristupa. U medicini nailazimo na mnogo veći broj problema i fenomena gdje su u značajnoj mjeri prisutni psihološki faktori, pa se danas i razvijaju oblici djelovanja prilagođeni ovim novim zahtjevima. Predmet interesa može postati npr. način ohrabivanja dijabetičara na pravilnu ishranu i uzimanje inzulina, kao i poticanje na veću tjelesnu aktivnost.

Ovime već ulazimo u područje **zdravstvene psihologije** odnosno bihevioralne medicine. Psihologija, čije je područje proučavanja usmjereno na ponašanje, daje ovdje sve veći doprinos.

Bitan dio u tome pripada **teorijama učenja**. Iz te su struje iznikla nova saznanja kako o etiologiji i rizičnim faktorima oboljenja, tako i o konkretnim terapijskim postupcima.

U tome je bitna spoznaja da su mnoga ponašanja naučena, pa tako i maladaptivna ponašanja. Takva krivo naučena ponašanja, loše navike mogu biti preduvjet za razvoj fizičkih oboljenja (npr. slaba fizička aktivnost, uzimanje ili neuzimanje određenih tvari). Ova je spoznaja otvorila vrata postupcima za odvikavanje, odnosno učenje prikladnijih ponašanja. Na rizična se ponašanja može djelovati postupcima za modifikaciju maladaptivnih ponašanja.

Iz teorija učenja prizašla su bihevioralna objašnjenja te bihevioralne intervencije. Razvijaju se, i procijenjuje efikasnost, pojedine intervencije za promjenu ponašanja koja djeluju na zdravlje. Bihevioralni pristup postulira vezu između vanjskih poticaja, događanja i fizičkih simptoma. Jedinka je mnogostruko uklopljena u okolinu i reagira na uvjete u njoj, uči iz nje, prilagođava joj se. Možemo reći da su mnoge fizičke tegobe liječene klasičnim medicinskim postupcima nastale djelovanjem okolinskih faktora ili ih održavaju vanjski događaji (ilustrativan primjer je u slučaju jedne pacijentice s difoničnim teškoćama koja izjavljuje: „Moj muž ne pije od kada imam teškoća s glasom“).

Strategije psiholoških intervencija u medicini uključuju:

- klasično uvjetovanje (upotrebljava se samo za manji broj simptoma – npr. kada je

cilj uspostavljanje kontrole mokraćnog mjehura kod pacijenta)

- instrumentalno uvjetovanje (npr. za poboljšanje mišićne koordinacije)
- biofeedback (danas već za kontrolu složenih fenomena kao što je hipertenzija)
- kognitivno-bihevioralne tehnike (koje pored navedenih bihevioralnih elemenata uključuju i nove elemente – elemente kognitivnog)

Spoznaja o **misaonom, kognitivnom aspektu** čovjekova funkcioniranja nije nova. Novo je naglašavanje tog aspekta. Neki smatraju da je prodor kognitivnih elemenata u prvi plan rezultat ograničenja i isključivosti na jednoj strani psihoanalitičkog pristupa, a na drugoj strani radikalno bihevioralnog gledanja (Kendall, Turk, 1984). Do sada se često insistiralo samo na emocionalnom dijelu ponašanja ili pak na onome što je izvana vidljivo u ponašanju. Kognitivni su se elementi (mišljenje, logika, racionalno zaključivanje) zanemarivali i zapostavljala se njihova uloga u nastanku i održavanju emocija i ponašanja. Pored samo emocionalnog ili samo simptomatskog ponašajnog dijela, dakako da su kognitivni dijelovi nedovoljno istaknuti.

Stoga sadašnje insistiranje treba promatrati i pod vidom radikalizma starijih teorija.

Pacijentovi unutrašnji misaoni sadržaji logičkog zaključivanja vezani za zdravlje/bolest idu zajedno s pripadnim emocionalnim doživljavanjima i ponašanjima. Koji je aspekt početan a koji se na njega nadovezuje teško je reći, i vjerojatno se mijenja od situacije do situacije, no zatvara uvijek isti krug:

MISAO - EMOCIJA - PONAŠANJE

Svaka osoba razvija vrlo rano „**pojam zdravlja/bolesti**“. Kako i od čega je taj pojam nastao? Mogući su izvori mnogobrojni - od kulturalnih faktora, preko odgojnih, vlastitog iskustva, utjecaja prijatelja i poznanika, sredstava javnog komuniciranja i sl. Svi se ovi misaoni elementi isprepliću te se još pod djelovanjem osobina ličnosti formiraju u „stav“, koji u datom trenutku rezultira i ponašanjem. Kada ćemo se zabrinuti nad nekim tjelesnim simptomom; koliko, kada i kome ćemo se žaliti; da li ćemo zatražiti savjet liječnika; da li ćemo poduzimati preventivne akcije i sl; sve to proizlazi iz pojedinčevog „stava prema zdravlju“.

Važnost načina mišljenja za tretman bolesti očituje se u primjeru pacijentice s hiperkinetičkim načinom funkcioniranja. Kod nje je bila prisutna napetost, osim u mišićima larinksa, i u čitavom tijelu. No u sklopu analize njene percepcije problema vidi se da pacijentica uopće ne povezuje probleme s glasom sa svojom općom tjelesnom napetošću. Nije bilo kontraindikacija za metodu relaksacije te je ona primijenjena, no izazivala je kod nje samo frustraciju. Pacijentici je postajalo sve lošije. Tehnike opuštanja smatrala je posve beskorisnima. Time su osnovni stavovi pacijentice o njenom stanju inkompatibilni s terapijskim nastojanjima. Neophodan postaje rad na stavu o uzrocima oboljenja i mogućnostima liječenja.

Naredni primjer važnosti kognitivnih elemenata je iz područja (misaonog) predviđanja, planiranja. Npr. kod pacijenta s teškoćama u samokontroli pokušava se predvidjeti povratak starih simptoma, prekid u samokontroli, situacije u kojima može doći do popuštanja starih neprimjerenih navikama. Pokušaj takvog detaljnog planiranja situacije uz pomoć terapeuta pomaže primjerenijem i bržem prevladavanju simptoma kada se pojave.

Cjelokupan način življenja djeluje na održavanje zdravlja. U rizična ponašanja za zdravlje spadaju navike hranjenja, pušenja, pijenja, način rješavanja frustrativnih situacija, način korištenja slobodnog vremena itd. Brojna su ispitivanja danas usmjerena prema otkrivanju faktora rizika po zdravlje.

Fenomen je zanimljiv i na pojedinačnoj razini. Naime, svaki pojedinac ima svoja specifična rizična ponašanja koja je važno identificirati i pomoći ljudima da ih zamijene ponašanjima koja će više koristiti zdravlju. Zadatak je osvijestiti rizičnost nekog ponašanja. Tek kasnije, ako se kumuliralo dovoljno svijesti o štetnosti po osobno zdravlje, može doći prvo do želje za promjenom, a kasnije i do spremnosti za akciju mijenjanja.

BROWN je razradio i jedan takav model – **kvantitativni model promjena ponašanja** u pet stupnjeva:

- 1) svijest o rizičnosti nekog ponašanja
- 2) prihvaćanje da rizik može djelovati na pojedinca osobno
- 3) integracija znanja u vlastiti imidž
- 4) ulaganje napora (odlučka)
- 5) primjena znanja.

I ovdje se postavlja problem kako motivirati pojedinca na promjenu ili uspostavljanje nekog ponašanja. Osim uobičajenim načinima, dodatno motivirajući faktor može biti imitacija tokova koji su podložni i modi. Npr. akcija za povećanim kretanjem i rekreacijom je u SAD imala dugu povijest, ulaganje značajnih materijalnih sredstava za istraživanje i propagiranje. Nastojanja su kulminirala joggingom. U drugim je zemljama ovaj tok bio znatno kraći i akcija za fizičkim kretanjem i rekreacijom preuzeta je i prenesena gotovo isključivo zahvaljujući modnom trendu, tj. kopiranjem onog što je u modi u SAD-u. Slična je situacija sa smanjenjem kolesterola, soli u prehrani, sklonošću hrani bez aditiva.

Teškoće s motivacijom prisutne su i primjeru agitacije dermatologa i onkologa protiv prekomjernog izlaganja suncu u vrijeme kada postoje ozonske rupe u atmosferi. Stav je godinama bio: pocrniti na suncu odraz je zdravlja, mladosti, bogatstva, uspješnosti. Treba u zdravstvene svrhe djelovati na stav kako bi se promijenilo ponašanje.

Često se i na **stres** gleda kao na jedan od faktora rizika. Naime, generalizirani stres može djelovati na rad imunološkog sustava. Stres djeluje kao „okidač“ koji mijenja individualnu osjetljivost na vanjske ili unutrašnje utjecaje na neko vrijeme.

Određivanje značaja nekog događaja za pojedinca, stupnja njegove stresogenosti, vrši se kognitivnim mehanizmima. Naime, pojedinac procjenjuje i tumači određenu situaciju. Pridaje joj značaj – koliko je ona štetna ili opasna po njega. Određivanje značaja i vrste događaja naziva se **primarnom procjenom** (Cohen, Lazarus, 1980). **Sekundarna procjena** odnosi se na procjenu vlastitih mehanizama za suočavanje s nekim događajem. Osoba procjenjuje može li tolerirati ili bar neutralizirati neki događaj. Način na koji se osoba suoči s novonastalom situacijom/problemom/frustracijom određuje i način njene reakcije (na fiziološkom, emocionalnom i kognitivnom planu).

Nama je ovdje posebno zanimljiv **stres zbog bolesti**. Naime, simptomima odstupajućeg tjelesnog funkcioniranja osoba pridaje manji ili veći značaj. Istovremeno procjenjuje i svoju osobnu toleranciju na neizvjesnost, bol, moguću veću bolest, procjenjuje vrijedi li se i kome

obratiti. Tek na osnovi svih ovih procjena ona reagira.

Medicinski postupci i pretrage vrlo su često sami po sebi stresogeni - i fizički i mentalno. Npr. razni invazivni postupci kao kateterizacija, operacija ili kemoterapija. U tu se svrhu prije pretrage procjenjuju načini suočavanja osobe sa stresom te se poduzimaju različite mjere da se umanjí patnja, komplikacije i ubrza oporavak pacijenta. U tu se svrhu rade različiti pripremni postupci kao priprema za akutni stres – npr. priprema pacijenta za operativni zahvat ili porod. Ovdje je važno napomenuti da takve programe treba brižljivo sastavljati i posebno pratiti njihove učinke, jer nije jednoznačno utvrđeno što nekom odgovara pred takav stres, a što im još više šteti. Npr. neka su ispitivanja pokazala negativne efekte kretke psihoterapije u toku postoperativnog toka (prema Stone i dr., 1980).

Daljnji zanimljiv fenomen u kojem su kognitivni faktori gotovo odlučujući jest problem pridržavanja liječničkih savjeta.

Kognitivne intervencije koriste se za oba nova cilja. Prvenstveno su bile stvorene za emocionalne poremećaje (depresije, kontrolu impulsa, fobije), ali su kasnije značajnu promjenu našle u široj medicini. Pomoću njih klijent identificira negativne, neprimjerene, maladaptivne misli i vjerovanja. Pomaže mu se da ih prepozna i da ih dovede u odnos s emocijama i ponašanjima koji prate takve misli.

Bihevioralne strategije su pretežno usmjerene na vidljive, vanjske poticaje i ponašanja, dok kognitivne više zahvaćaju unutrašnja zbivanja i time djeluju na ponašanje.

Prva faza kognitivne razrade je obično uočavanje, razrada problema. Klijenta se ohrabruje da se usmjeri na svoje pretpostavke, percepcije i atribucije određenog problema. Često su to unutrašnji dijalozi koji uključuju evaluaciju situacije i evaluaciju sebe. Događa se da je to već čvrsto asociran red misli koji se počne javljati automatski – kao navika. Usmjerava se osobu da naročito bude svjesna negativnih neadaptivnih sklopova, koji se lakše javljaju kad je pod stresom. Predmet zanimanja su i brojna iracionalna vjerovanja koje treba razlikovati od racionalnih alternativa. Distorzije u mišljenju su pretežno negativistične misli ili netočnosti, a javljaju se češće nego što mislimo.

Ovakve neprimjerene unutrašnje reakcije središnji su dio kognitivne procjene. Sadržaji ovih unutrašnjih dijaloga nastoje se osporiti u logičnosti, argumentirati njihovu netočnost te zamijeniti ih, ili bar uključiti repertoar prilagođenih prosuđivanja. Time se dodatno potiče i osjećaj za samokontrolu. Novostečena se reagiranja nastoje što prije isprobati u praksi, da osoba osjeti njihove učinke.

Razmotrimo primjer tretmana boli.

Bol se danas ne smatra samo osjetom, već emocionalno-motivacijskim fenomenom. Naime, percepcija boli ne zavisi samo od stimulacije i transmisije već i od posredujućih faktora u CNS-u. Potvrda toga je da se u 35% slučajeva klinička bol smanjuje placebom (Beecher, 1972). U ove posredujuće faktore spadaju čovjekovo dosadašnje iskustvo, njegovi stavovi i druge kognitivne i bihevioralne varijable, karakteristike ličnosti, stupanj trenutne anksioznosti, kulturalni faktori (Pinkerton i dr., 1982)

Stoga na bol možemo gledati kao na ponašanje koje podliježe zakonima učenja, pa se prema tome može i mijenjati. Pomoću kognitivnog pristupa ne radi se, naravno, na uklanjanju samo boli, već se na njene učinke djeluje posredno, upravo putem ovih posredujućih faktora. Njihovim mijenjanjem djelujemo na osjećaj boli. Tako se u toku

psihološke intervencije pokušava smanjiti opća razina anksioznosti osobe, poboljšati emocionalna prilagodba na nastalo stanje, ili se radi na mijenjanju misli i zaključaka koji se odnose na bol. Time se djeluje na percepciju boli i toleranciju na bol, što omogućava pacijentu da poveća svoju aktivnost i smanji uzimanje lijekova (Turk, 1978).

Pacijentov beznadan, pasivan odnos kao što je misao „*Moja bol je rezultat fizičkog poremećaja nad kojim nemam kontrolu*“ nastoji se zamijeniti aktivnijim, osjećajem za samoefikasnost: „*Moja bol je djelomično uzrokovana fizičkim uvjetima, a djelomično ponašanjem - na što mogu djelovati adekvatnim načinom i naporom*“ (Fordyce, 1976).

Radi se i na tome da se smanji pojavljivanje tzv. „ponašanja koja se javljaju uz bol“ – npr. ovisnost od obitelji, prijatelja, liječničkih ustanova. Cilj je da bol prestane biti središte zbivanja, da se čovjek toliko ne izolira od drugih, što ga dodatno čini ovisnim o tabletama.

Utvrdivši brojne faktore rizika, prišlo se izradi **programa za prevenciju**. Ispituju se načini na koje se ljudi mogu privoliti na ponašanja koja pridonose zdravlju. Naročito se mnogo radi na mijenjanju navika i ostvarenju samokontrole.

S kognitivnog aspekta zanimljiva je i točka **odluke o liječenju**. U kome se trenutku osoba odlučuje potražiti savjet liječnika? Koji su to poticajni simptomi i kakvu im važnost pojedinac pridaje? Za koje organe ljudi češće traže pomoć a za koje rjeđe? Čini se da većina potraži savjet kada se dovoljno uplaši te im je potrebno da ih netko stručno razuvjeri da je problem ozbiljan.

Biti svjesniji svojih simptoma i svojih odluka oko simptoma, znači i **preuzeti odgovornost**. Preuzeti odgovornost za svoje zdravlje, postati svjestan da je dio zdravlja i u našim rukama te to koristiti – važan je element tretmana. Često je još važeće mišljenje – zbog čega uzeti tu odgovornost na sebe kada postoje osobe koje su plaćene za to da održavaju naše zdravlje. Izdvojimo samo vrlo korisno ispitivanje **efikasnosti**. Može se ispitivati efikasnost pojedinog medicinskog postupka liječenja, efikasnost cijelog sustava liječenja, efikasnost programa za promjenu u načinu razmišljanja ili doživljavanja.

Rezimirajući važnost psihološkog u medicini, vraćamo se na početak, na kognitivno i emocionalno područje. Samo uvid, svjesnost o vlastitom sadašnjem ili budućem stanju još nije dovoljna. Potrebno je osobu pokrenuti, potaknuti na promjene u ponašanju. Ovdje se iskazuje ključna uloga kognitivnih metoda psihologije.

LITERATURA

- Genest, M., Genest, S. (1987). *Psychology and health*, Research Press, Champaign.
- Kendall, P.C., Turk, D.C. (1984). Cognitive-behavioral strategies and health enhancement, in: J. Matarazzo, N.E. Miller, S.M. Weiss, J.A. Herd, S.M. Weiss (Eds.): *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*, Wiley, N.Y.
- Stone, G.C., Cohen, F., Adler, N.E. et ass. (1980). *Health psychology - a handbook*, Jossey-Bass Publishers, S.F.
- Pinkerton, S.S., Hughes, H., Wenrich, W.W. (1982). *Behavioral medicine - clinical application*, John Wiley & Sons, N.Y.

Bolesnikovo pridržavanje zdravstvenih uputa i preporuka

Mirjana Krizmanić

Psihologija kao profesija i kao znanost već je od početka ovog stoljeća usko vezana uz niz disciplina koje se bave unapređenjem i održavanjem ljudskog zdravlja. Povezanost psihologije i medicine ostvarila se, međutim, niz godina uglavnom unutar odjela za psihijatriju, neurologiju i donekle pedijatriju, da bi se tek u posljednjih 10-ak godina proširila s područja mentalnog zdravlja na cijelo područje zdravstvenih problema. Znanstvene spoznaje psihologije, kao i niz psihologijskih tehnika, integriraju se u područje medicine, sa svrhom prikupljanja novih saznanja o zdravlju i bolesti, kao i o utjecaju psihičkih faktora na održavanje zdravlja i nastanak bolesti. Zdravstvena psihologija, kao posebna psihologijska disciplina, trebala bi pridonijeti održavanju i unapređenju ljudskog zdravlja, liječenju bolesti te identifikaciji etioloških i dijagnostičkih korelata zdravlja i bolesti.

Uviđanje važnosti ljudskog ponašanja i doživljavanja za održavanje zdravlja te nastanak i razvoj bolesti potaklo je velik broj istraživanja u svrhu utvrđivanja efekata različitih navika poput pušenja, konzumacije alkohola, prekomjernog hranjenja i sl., te tzv. bolesničkog ponašanja, koje uvjetuje kako traženje liječničke pomoći, tako i aktivnu suradnju bolesnika sa zdravstvenim osobljem.

Suradnja bolesnika sa zdravstvenim osobljem prvenstveno se svodi na pridržavanje liječničkih uputa, tj. pristajanje bolesnika na određeni režim liječenja, bilo da se radi o uzimanju lijekova, mijenjanju nekih navika, redovitom dolasku na preglede i terapiju ili promjeni načina života. Čini se sasvim suvišnim naglasiti da efikasnost liječenja ovisi o istoj mjeri o ponašanju bolesnika kao i o efikasnosti odabranog tretmana, pa ipak, usprkos očitoj valjanosti te tvrdnje, u medicini se sve do nedavno posvećivalo vrlo malo pažnje problemu pridržavanja liječničkih uputa. Polazeći od jednostavne pretpostavke da onaj tko traži liječničku pomoć takvu pomoć tada u punoj mjeri i prihvaća, liječnici su sasvim zanemarili aktivnu ulogu bolesnika u procesu liječenja. Brz razvoj zdravstvene psihologije potakao je i velik broj istraživanja ponašanja bolesnika u procesu liječenja, čiji su rezultati ubrzo pokazali da bolesnici nisu pasivni primaoci liječničkih uputa, već da sami odlučuju hoće li ih slijediti ili ne. Pri tome je utvrđeno da se pridržavanje liječničkih uputa i ne može definirati kao dihotomna kategorija ponašanja, tj. pridržavanje-nepridržavanje, već je i to ponašanje, kao i većina ljudskih obrazaca ponašanja, raspoređeno od potpunog pridržavanja liječničkih savjeta i uputa, preko različitih stupnjeva prioklijanja preporučenom načinu liječenja, do drugog ekstrema na kojem se dobivene upute u potpunosti zanemaruju. Uz očite opasnosti koje takvo nepridržavanje liječničkih uputa donosi, kao što je npr. pogoršanje bolesti od koje se pojedinac liječi, nepridržavanje liječničkih preporuka stvara i dodatni problem liječniku koji bolesnika liječi. Ukoliko u toku liječenja dolazi do pogoršanja bolesti, liječnik je prisiljen posumnjati ili u efikasnost propisanog tretmana ili u samu dijagnozu, što nužno uvjetuje promjenu načina liječenja. Ako je pogoršanje bolesti bilo izazvano ponašanjem bolesnika, tada nova dijagnoza ili novi lijek mogu biti sasvim pogrešni ili irelevantni za pacijentov zdravstveni problem.

Početna istraživanja bolesnikova pridržavanja uputa, vršena ponajprije s ciljem utvrđivanja ekstenziteta nepridržavanja uputa, dala su vrlo zabrinjavajuće rezultate, lako je zbog različitih oblika pridržavanja uputa (npr. preventivne akcije, odlasci na kontrolne preglede, uzimanje lijekova, pridržavanje djeteta itd.) teško decidirano ustvrditi u kojem se stupnju bolesnici ne pridržavaju liječničkih uputa, podaci pokazuju da je nepridržavanje uputa manifestno prisutno u svim fazama procesa liječenja i prevencije. Tako je npr. utvrđeno da samo oko 43% odraslih osoba odlazi na preventivne liječničke preglede, a da više od 40% roditelja ne vodi djecu redovito na cijepljenje. Najčešće je praćeno cijepljenje djece protiv poliomijelitisa kao bolesti koja se već zbog svojih trajnih posljedica ne može smatrati bezazlenom. U različitim zemljama dobiveni su vrlo slični rezultati, koji pokazuju da se u prosjeku cijepi oko 69% djece, pa se tako još uvijek javljaju manje epidemije te bolesti, koja je već odavno trebala sasvim nestati. Istraživanja stupnja pridržavanja liječničkih uputa bolesnika oboljelih od različitih bolesti poput hipertenzije, dijabetesa, glaukoma i dr. pokazala su da se raspon pridržavanja liječničkih uputa kreće od 40 - 70%, dok se djeteta pridržava u prosjeku samo 34% bolesnika (Leventhal et al., 1984).

Istraživanja usmjerena na uzimanje lijekova pokazala su da redovito uzimanje propisanih lijekova ovisi i o trajanju liječenja. Tako se npr. kod kratkotrajnih tretmana raspon pridržavanja uputa kreće od 60 - 70%, da bi kod dugotrajnijih liječenja samo oko 50% bolesnika uzimalo lijek u skladu s dobivenim uputama (Sackett i Snow, 1979). Iako su dobivene vrijednosti relativno niske, čini se opravdanom pretpostavka da su precijenjene te da je broj bolesnika koji ne slijede liječničke upute značajno veći. Dobiveni rezultati utvrđeni su, naime, kod pacijenata koji su pristali na takva istraživanja, što može značiti da se radilo o selekcioniranim ispitanicima, čija je motivacija za pridržavanje liječničkih uputa bila veća od one pacijenata koji su odbili sudjelovanje u takvim istraživanjima. Tome treba dodati i određen broj bolesnika koji gotovo odmah nakon postavljanja dijagnoze i određivanja tretmana prekidaju liječenje, pa tako uopće nisu uključeni u kontrolne preglede i praćenja.

Problem prikupljanja pouzdanih podataka o bolesnikovu pridržavanju liječničkih uputa otežan je i zbog nedostatka valjanih mjera tog ponašanja. Da li je, npr., pouzdan podatak ono što nam o svom pridržavanju liječničkih uputa kaže sam bolesnik? Na osnovi do sada prikupljenih podataka čini se da su bolesnikovi podaci pouzdani jedino kad se odnose na nepridržavanje uputa, ali ne i kada bolesnici, da bi na liječnika ostavili dobar dojam, izjavljuju da su slijedili liječničke savjete. Utvrđeno je da ni sami liječnici ne mogu pouzdano odrediti pridržavaju li se njihovi bolesnici uputa ili ne, jer o tome najčešće zaključuju samo na osnovi eventualnog poboljšanja zdravstvenog stanja. Kako između pridržavanja liječničkih uputa i poboljšanja bolesti ne postoji linearan odnos, jer mnogi faktori izvan samog medicinskog tretmana djeluje na rezultat liječenja, ni taj kriterij nije naročito pouzdan. Objektivne mjere koje se koriste kod praćenja redovitosti uzimanja lijekova, kao npr. brojanje pilula koje su u određenom vremenskom razdoblju bile potrošene, ne moraju dati točnu sliku bolesnikova ponašanja, jer bolesnici često bacaju lijekove umjesto da ih uzimaju. Najbolji način provjeravanja jest određivanje farmakološkog sredstva u krvnom serumu ili urinu, iako i taj podatak valja provjeriti ponovljenim mjerenjima.

Pokušaji razjašnjavanja uzroka nepridržavanja liječnikovih uputa i identifikacije faktora koji djeluju na takovo ponašanje bolesnika kreću se u širokom rasponu od ispitivanja osobina ličnosti i demografskih karakteristika bolesnika do proučavanja kvalitete interakcije liječnik-bolesnik te ispitivanja zdravstvenih vjerovanja samih bolesnika, koja često

interferiraju s prihvaćanjem liječničkih savjeta. Zanimljiv je podatak da faktori za koje se najčešće pretpostavlja da su u vazi s pridržavanjem liječničkih uputa, kao npr. dijagnoza, ozbiljnost bolesti, znanje o bolesti i/ili liječenju, stupanj obrazovanja, socio-ekonomski status i spol, u većini istraživanja ne pokazuju nikakvu povezanost s bolesnikovim pridržavanjem uputa (Haynes et al., 1979).

Mnogi istraživači bolesničkog ponašanja smatraju kvalitetu interakcije liječnik-bolesnik primarnom determinantom bolesnikova pridržavanja uputa. Način na koji liječnik daje upute i informacije bolesniku također je vrlo važan. Ley i Spelman (1977) smatraju da su kognitivni i informacijski faktori uglavnom odgovorni za pomanjkanje pridržavanja liječničkih uputa, odnosno tvrde ovi autori, bolesnici ne slijede upute jer ih nisu dobro razumjeli ili zapamtili. U jednom od svojih istraživanja autori su utvrdili da preko 50% pacijenata nije razumjelo primljene upute, a u drugom da ih je više od 50% zaboravilo što im je bilo rečeno. Ley i Spelman navode tri determinante neuspješne interakcije između liječnika i bolesnika:

- 1) liječnik informira bolesnika na nerazumljiv način,
- 2) bolesnici nemaju elementarna medicinska znanja pa zbog toga ne razumiju primljene upute i
- 3) katkad bolesnici imaju neka kriva vjerovanja, koja im onemogućavaju prihvaćanje liječničkih preporuka.

Istraživanja Boylea (1971), u kojima je utvrđeno da više od 50% bolesnika nije znalo gdje im se nalaze bubrezi, želudac ili pluća, potvrđuju pretpostavku o nedostatku elementarnih znanja iz anatomije i fiziologije. Takva neznanja čine istovremeno i plodno tlo za prihvaćanje različitih krivih vjerovanja o tjelesnim funkcijama, koja tada sprečavaju bolesnike da se pridržavaju liječničkih uputa.

Pokušaji da se boljom komunikacijom liječnika i pacijenata, kao i jasno napisanim uputama, poveća bolesnikovo pridržavanje uputa nisu, međutim, dali naročito ohrabrujuće rezultate. Očito je način davanja uputa samo jedan od faktora koji uvjetuju poželjno ili nepoželjno ponašanje bolesnika. Haynes et al. (1979) utvrdili su, na osnovi pregleda literature 230 različitih faktora čiji je utjecaj bio ispitan u vezi s bolesnikovim pridržavanjem uputa, što jasno ukazuje na pomanjkanje jasnih pretpostavki o uzrocima takvog ponašanja. Iz tog mnoštva faktora Haynes i surad. izdvojili su sljedeća tri, koji su u većem broju uzastopnih istraživanja bili povezani s bolesnikovim pridržavanjem režima liječenja:

- 1) bolesnikova percepcija ozbiljnosti bolesti,
- 2) pacijentova percepcija vlastite osjetljivosti na bolest i
- 3) pacijentova percepcija djelotvornosti propisane terapije.

Nastojanja da se što bolje protumače i predvide zdravstveno poželjna i nepoželjna ponašanja bolesnika dovela su i do nastanka nekoliko teorijskih modela, poput modela zdravstvenih vjerovanja (Becker et al., 1977). modela donošenja zdravstvenih odluka (Janis, 1984) i dr. Empirijska provjeravanja tih modela nisu, međutim, dala dovoljno jednoznačne rezultate koji bi puštali prihvaćanje samo jednog od predloženih modela, što je vjerojatno posljedica činjenice da se ljudi ne pridržavaju liječničkih uputa iz vrlo različitih razloga.

Biheviorističko stajalište donekle je promijenilo teorijski pristup problemu bolesnikova pridržavanja liječničkih uputa. Bihevioristi ne traže korelate ličnosti ni vezu s demografskim karakteristikama, već nastoje utvrditi što ljudi čine, kako se ponašaju. Umjesto traženja npr. motiva zbog kojih ljudi puše, bihevioristi promatraju kada, koliko i kako puše. U okviru biheviorističkog pristupa razrađene su detaljne tehnike za odvikavanje od pušenja ili prekomjernog hranjenja, koje su se pokazale vrlo uspješnima, jer se postotak odvikavanja kreće u rasponu 60- 90%. Na žalost, postignute promjene nisu trajne, pa se već nakon šest mjeseci gotovo 70% uspješno tretiranih osoba ponovo vraća štetnim navikama. Pokušaji dopunjavanja bihevioralnih tehnika dodatnim aktivnostima, kao npr. trajnim kontaktima s pacijentima, povremenim obnavljanjem primijenjenih postupaka, davanjem dodatnih informacija o rizicima kojima se izlažu ako se ne pridržavaju određenog ponašanja, nisu bitno povećali trajnost postignutih efekata.

Kritike upućene biheviorističkom pristupu smatraju osnovnim propustom zanemarivanje činjenice daje ponašanje pojedinca usmjereno njegovim ciljevima i orijentirano na budućnost, često bez obzira da prisutne poticaje i potkrepljenja. Taj propust nastoji nadoknaditi teorija kontrole (Carver i Scheier, 1982), koja ljudsko ponašanje smatra procesom potaknutim individualnim kratkoročnim i dugoročnim ciljevima. Prema ovoj teoriji, pretpostavlja se da ljudi sami konstruiraju svoje strahove i predodžbe o zdravstvenim rizicima kojima se izlažu, pa tada, u skladu s tim predodžbama, planiraju i svoje akcije. Predodžbe o ugroženosti vlastitog zdravlja stvaraju se na osnovi podataka iz novina, informacija od prijatelja i zdravstvenog osoblja itd, kao i na osnovi primijećenih simptoma. Informacije iz svih tih izvora integriraju se u predodžbu o postojećoj bolesti ili prijetnji zdravlju, na osnovi koje tada pojedinac planira akciju poput odlaska na preventivne preglede ili odustajanje od neke štetne navike. Unutar ovog pristupa bolesnikovo pridržavanje liječničkih uputa smatra se ponašanjem koje podliježe samoregulaciji, tj. usmjerava se, održava ili mijenja na osnovi bolesnikova viđenja bolesti i vlastite ugroženosti, predviđanja trajanja bolesti i mogućih posljedica te ciljeva koje liječenjem ili prevencijom želi postići. Za sada se čini da kombinacija modela samoregulacije s bihevioralnim tehnikama daje najbolje rezultate u nastojanjima da se poveća bolesnikovo pridržavanje liječničkih uputa.

Istraživanja efikasnosti različitih načina poticanja bolesnikova pridržavanja zdravstvenih uputa koji proizlaze iz predloženih modela dala su niz korisnih rezultata s neposrednim praktičnim implikacijama. Tako su npr. istraživanja mogućnosti primjene komunikacijskog modela pokazala da liječničke preporuke moraju biti jasno formulirane, ali da adekvatna prezentacija poruke ne jamči i njeno razumijevanje i prihvaćanje. Utvrđeno je da liječnici pacijentima najprije kažu dijagnozu, a zatim ih uputaju s tretmanom. Na taj način bolesnici doduše upamte dijagnozu, ali ne i što bi oni u vezi s tom dijagnozom trebali činiti. Kod mnogih pacijenata dijagnoza izaziva niz strahova ili asocijacija, što ih sprečava u pamćenju uputa. Ispitivanja su pokazala da mnogi pacijenti kada npr. čuju dijagnozu „hipertenzija“ pomisle da to označava „živčanu napetost“, pa i ne slušaju daljnje upute, smatrajući da je dovoljno „smiriti živce“. Osnovna je stoga preporuka da se pacijenta informira obrnutim redom, tj. da se najprije jasno protumači postupak liječenja, a tek nakon toga ako je potrebno, da mu se kaže dijagnoza.

U okviru istraživanja utjecaja različitih načina davanja zdravstvenih uputa gotovo su najviše ispitivani efekti upozoravanja ljudi na opasnosti koje prijete njihovu zdravlju.

Rezultati mnogih istraživanja ukazuju na to da su zastrašujuća upozorenja liječnika najčešće nekorisna i ne djeluju na promjenu pacijentovih nepoželjnih oblika ponašanja. Zdravstveno osoblje često nastoji motivirati pacijente za promjenu ponašanja nabranjem svih mogućih groznih posljedica koje bi ustrajanje u određenom ponašanju moglo imati za pacijenta. Na žalost zastrašivanjem bolesnika najčešće se postižu upravo obrnuti rezultati, jer pacijent zaključuje da je za sve već prekasno pa odustaje od svakog pokušaja liječenja. Opći je zaključak da postoji optimalna razina straha za različite vrste opasnosti, različite vrste akcija koje se preporučuju, kao i za različite ličnosti, što znači da i ne postoji neki opći recept koji bi vrijedio za sve situacije i za sve ljude. Istraživači se slažu da efikasnost komunikacije koja izaziva strah ovisi o tri sadržajne varijable, koje su u složenoj interakciji. Te su varijable:

- 1) veličina opasnosti, ako se zaista realizira,
- 2) pacijentova procjena vjerojatnosti da će se prognozirana prijetnja realizirati, te
- 3) bolesnikova procjena efikasnosti preporučenih preventivnih ili kurativnih akcija.

Istraživanje Kirshera i surad. (1973) pokazala je zakrivljen odnos između intenziteta straha i racionalnih akcija koje su tim strahom bile potaknute. Ispitivanje je izvršeno na tri ekvivalentne grupe studenata kojima je dano upozorenje o opasnosti od zaušnjaka. Kao što je opće poznato, zaušnjaci mogu kod odraslog muškarca uzrokovati sterilitet, pa je stoga studentima preporučeno da se cijepe u studentskoj ambulanti. Prva grupa studenata dobivala je za vrijeme čitanja upozorenja lažne povratne informacije o radu srca, koje je svima značajno brže udaralo, što je kod svih ispitanika povećalo strah. Druga grupa ispitanika dobilo je identično upozorenje, ali bez povratnih informacija o radu srca, dok je trećoj grupi dana samo preporuka da se cijepe, bez dodatnog zastrašivanja. Kontrolom odlaska ispitanika na cijepljenje utvrđeno je da su se najviše cijepili studenti iz druge grupe, tj. oni koji su bili samo umjereno preplašeni. Studenti kod kojih je lažnim povratnim informacijama o radu srca bilo povećano čuvstvo straha, kao i studenti iz treće grupe, koja i nije bila posebno zastrašivana, u najmanjem su broju otišli na cijepljenje, što ukazuje na zakrivljen odnos između intenziteta straha i racionalnih akcija. Kako su prva i druga grupa studenata dobile identične upute pa između njih nije bilo nikakvih razlika na kognitivnom već samo na emocionalnom planu, očito nije opravdano ljudima pripisivati isključivo racionalno donošenje odluka u vezi sa zdravljem.

Zanimljivi su i rezultati istraživanja odnosa između pridržavanja liječničkih uputa i efikasnosti liječenja. Iznenadujući je rezultat da između pridržavanja zdravstvenih uputa i efikasnosti liječenja postoji relativno slaba povezanost (Epstein i Cluss, 1982). Iako je uobičajeno slabe rezultate liječenja pripisivati bolesnikovoj „neposlušnosti“, neka su istraživanja, u kojima je pridržavanje uputa bilo strogo kontrolirano, utvrdila nesmanjeno održavanje simptoma bolesti, dok je kod nekih bolesnika koji se nisu pridržavali uputa došlo do poboljšanja. Takvi podaci pokazuju neopravdanost pretpostavke o linearnoj povezanosti između bolesnikova pridržavanja uputa i efikasnosti liječenja, a vjerojatno su, barem djelomično uzrokovani i neefikasnošću primijenjenih lijekova. U nekim je istraživanjima utvrđeno da se grupe bolesnika koji su redovito uzimali lijekove ne razlikuju po rezultatima liječenja od grupe bolesnika koji su redovito uzimali placebo, pa se stoga čini da već i samo pridržavanje liječničkih uputa, nezavisno od lijeka kojeg bolesnici uzimaju, može djelovati pozitivno na rezultate liječenja. Vjerojatno bolesnikovo pridržavanje liječničkih uputa mijenja i neke svakodnevne navike i daje bolesniku dojam da se može

boriti sa svojom bolešću čime se smanjuju anksioznost i čuvstva depresije, koji često prate zdravstvene poremećaje. Očito je, stoga, da poticanjem bolesnikova pridržavanja liječničkih uputa upućujemo bolesnika, ako već ne na put ozdravljenja, onda svakako na put boljeg prilagođavanja postojećoj bolesti.

LITERATURA

- Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasi, S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A. and Rosenstock, I.M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15 (Suppl.), 27-46.
- Boyle, C.M. (1970). Differences between patient's and doctor's interpretation of some common medical terms. *Brit. Medical J.*, 2, 286-289.
- Carver, C.S. and Scheier, M.T. Control theory. (1982). A useful conceptual framework for personality, social, clinical and health psychology. *Psych. Bull.*, 92, 111-135.
- Epstein, L. and Cluss, P. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long term regimens. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 50, 950-971.
- Haynes, R.B. et al., (1985). prema P Karoly (Ed.) *Measurement strategies in health psychology*. John Wiley and Sons, New York.
- Janis, L.I. (1984). The patient as decision maker u W.D. Gentry (Ed.) *Handbook of bihevioural medicine*. The Guilford Press, New York, 1984.
- Kirsher, H.P., Darley, S.A and Darley, J.M. (1973). Fear provoking recomman- dations, intentions to take preventive actions, and actual preventive action. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 26, 301-308.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann Mary. Compliance. (1984). A selfregulation perspective, u W.D. Gentry (Ed.) *Handbook of bihevioural medicine*. The Guilford Press, New York.
- Ley, P. and Spelman, M.S. (1983). prema R.J. Gatchel and A. Baum (Eds.) *An introduction to health psychology*. Random House, New York.
- Sackett, D. and Snow, J. (1985). prema P. Karoly (Ed.) *Measurement strategies in health psychology*. John Wiley and Sons, New York.

Mentalna anoreksija:² bihevioralno - kognitivni model

Snežana M. Divac, Dr Bertrand Samuel-Lajeunesse

UVOD

U radu pod nazivom „Friderada: slučaj neverovatno duge posti“, Hebermas (1986) daje verovatno najraniji opis poremećaja ishrane iz daleke 895. godine pre nove ere. Religiozna iskustva srednjovekovnih asketa koji su preko posta i negiranja fizičkih potreba pokušavali da se približe idealu telesnog i duhovnog puritanstvajoš su poznatija (Parry-Jones, 1985). Da li se u svim ovim slučajevima radilo samo o poremećajima ishrane veoma je teško reći.

Richard Morton je u XVII veku dao detaljan opis kliničke slike mentalne anoreksije ističući njenu razliku od organski uzrokovane mršavosti. Tek posle više od dva veka, iste godine u Francuskoj i Engleskoj, Richard Guli i Charles Lasegue detaljno su opisali glavne elemente I. kliničke slike mentalne anoreksije. Oni podvlače njenu različitost od drugih dijagnostičkih kategorija pa se niima i pripisuje uvođenje ovog sindroma u medicinsku literaturu. Dvadesetih godina ovoga veka, Pierre Janet izdvaja tzv. primarnu od sekundarne anoreksije i ističe hiperaktivnost kao značajan element (ibid).

Različite „organicističke i biološke“ struje tridesetih godina ovoga veka odvlače pažnju sa psihološke na organsku etiologiju. Psihoanalitička škola 40-ih godina počinje sa serijom radova veoma prisutnih i danas gde se odbijanje hrane tumači kao posledica fantazma o oralnom oplodjenju (Yates, 1989). Prema Brussetu (1977), predominantni konflikt anorektičnog pacijenta je očuvanje poljuljanog narcizma.

Opis ovoga sindroma dobijao je na bogatstvu i preciznosti, a kulturuloški determinisane razlike sve su više isticane. U interesantnom radu pod nazivom „Promenljiva priroda mentalne anoreksije“ profesor Russell (1985) iznosi niz podataka o transformaciji njene kliničke slike tokom vremena.

Hilde Bruch (1973) potencira problem traženja identiteta jer porodica ne uspeva da kod adolescenta razvije osećanje vlastite vrednosti. Svrstavajući tu slučajeve tzv. „prave“ anoreksije, ona pod „pseudo-anoreksijom“ obuhvata one kod kojih ishrana biva korišćena kao jedino sredstvo interakcije sa okolinom. Njen doprinos je u skretanju pažnje na problem distorzije telesne šeme (engl. „body image distorsion“) koji je postao i sastavni deo dijagnostičkih kriterijuma.

Mara Selvini Palazzoli (1974) traži uzroke mentalne anoreksije u specifičnoj konstelaciji porodičnih odnosa i natome bazira svoju terapiju. Na kliničkom planu, ona podvlači sličnost između bulimije i anoreksije.

Ispitivanje uloge neuroendokrinih faktora u regulisanju sitosti i povratno dejstvo gubitka težine na njihovu funkciju, dovelo je do pojave velikog broja radova iz ove oblasti (Halmi, 1986).

² Naslov „Mentalna anoreksija“ ostavljen je kao u originalu, a u skladu je s klasifikacijom psihičkih poremećaja u Francuskoj

Epidemiološki nalazi podstakli su organizovanje niza kulturoloških studija jer je, od povećane incidence u jednoj kulturi, anoreksija bila skoro potpuno odsutna u drugoj. Sve izraženija migracija i sve bogatija razmena informacija najverovatnije će uticati na modifikovanje ovih nalaza.

Osamdesete godine, posebno od pojave specijalizovanog časopisa „International Journal of Eating Disorders“, svedoci su izuzetnog porasta interesa za problem poremećaja ishrane.

Tokom elaboracije DSM III R i njegovih modifikacija (American Psychiatric Association, 1987) ovaj sindrom je još preciznije definisan.

Bihevioralno-kognitivni model

Klasični bihevioralni model baziran na teorijama učenja i kod poremećaja ishrane traga za faktorima koji precipitiraju i održavaju ovo ponašanje. U slučaju anoreksije, međutim, ovi faktori daleko prevazilaze jednostavnost liste tzv. **stimulusa**. Ovdje se stimulusi moraju shvatiti mnogo šire i mnogo ih je teže operacionalno definisati. Tu pre svega spadaju već pomenuti faktori predispozicije koji u terminologiji teorija učenja znače tendenciju da se na relativno dosljedan način ponaša u sličnim situacijama. Od značaja je kulturološki milje u kome osoba živi, navike ishrane, uloga koju ishrana, zdravlje i telo uopšte imaju u konkretnoj porodici (Samuel-Lejeunesse, 1989). Specifična konstelacija sredinskih faktora može povećati osetljivost osobe u razvoju i na taj način stvoriti uslove za senzitivaciju i uslovljavanje. Uloga socio-ekonomskih faktora davno je istaknuta od strane epidemiologa. Sve je izraženije obraćanje pažnje na telo i ideal koji ono po formi i funkcionisanju treba da zadovolji; načini da se to postigne i broj proizvoda koji to omogućuju u izuzetnom su porastu. Profesijom detemisanana fokusiranost na telo verovatno je jedan od razloga za povećanje incidence poremećaja ishrane među baletskim igračima, manekenima, sportistima (Rippon et al., 1988). Pored toga, konstatovani porast incidence je, najverovatnije, i rezultat ranijeg registrovanja i preciznijeg dijagnostikovanja.

Preokupiranost telom, odbijanje pojedinih vrsta hrane i specifičan režim ishrane mogu predstavljati jednu od uobičajenih etapa razvoja. Da li će adolescent, međutim, uspeti da adekvatno prevaziđe ovu etapu, u mnogome zavisi i od reakcije okoline, odn. vrste interakcije koju on ima sa njom. Izraženo bihevioralnim modelom, neki od oblika neadaptivnog ponašanja ostaju u repertoaru individue zbog uticanja faktora pozitivnog odn. negativnog potkrepljenja. Davno je uočen značaj kognitivnih faktora, a njihova evaluacija pretstavlja sastavni deo bihevioralne analize pacijenata s anoreksijom.

Na ovom bismo se mestu kratko osvrnuli na pitanje odnosa između kognicija i ponašanja. Ortodoksno bihevioralno gledište među njima ne pravi značajnu razliku i pojmom **ponašanja** obuhvata i fizičke i mentalne aktivnosti. Shvaćeni na taj način, metalni sadržaji predstavljaju samo jedne od **učenja ponašanja**. Za razliku od motornih aspekata koji se direktno i objektivno mogu izmeriti, kognicije se mere preko njihovih supstrata, odn. verbalno izraženih ideja; te se ideje operacionalno definišu ili objektiviziraju preko upitnika i skala procene. Ni stav prema terapiji nije različit – nema kognitivne terapije oslobođene uticaja bihevioralnih elemenata, niti striktno bihevioralne terapije.

Kod pacijenata s anoreksijom, analiza kognitivnih faktora kao ranih precipitanata poremećaja ishrane otežana je nemogućnošću subjekta da se priseti egzaktnih kognitivnih sadržaja jer su ovi prvi sadržaji već pretrpeli izmene. Zbog toga se najčešće pribegava analizi

aktuelno prisutnih ideja vezanih za ishranu, specifične vrste hrane, telesnu šemu u celini, pojedine delove tela, značaj koji se pridaje fizičkom izgledu (Garfinkel, 1982). Kod pacijenata iz bulimijske grupe velik broj ideja vezuje se za oblast gubitka kontrole nad ishranom, uz anksiozno i depresivno reagovanje (Schneider, 1987).

Epidemiologija i karakteristike kliničke slike

Na ovom mestu bismo kratko podsetili na karakteristike kliničke slike anoreksije. Oko 95% opisanih slučajeva čine osobe ženskog pola, dok se kod muškaraca ona sreće u samo oko 5%; ovaj se procenat u zadnje vreme povećava na 10% (Jones et al., 1980). Takođe je utvrđena povećana incidenca kod izvesnih profesija, kao baletskih igrača, sportista, manekena (Rippon et al., 1988). Značajnih razlika u kliničkoj slici među polovima nema (Anderson & Mickalide, 1983, Margo, 1987). Muškarci kao razlog obično navode želju da razviju mišićavo telo odakle i veća zastupljenost fizičkih vežbi. Osobe ženskog pola obično navode „estetsku“ verziju, gde se pažnja fokusira na izgled pojedinih delova tela i veći značaj pridaje odsustvu masnog tkiva nego razvoju mišića.

Kliničku sliku karakteriše progresivno smanjenje količine unete hrane i sužavanje njenog izbora koje u početku prolazi neopaženo od okoline. Kod mladih se često s pravom ocenjuje kao prolazna razvojna teškoća. Produblivanje restrikcije, sve veći gubitak na težini i prateća emocionalna napetost u porodici postaju sve izraženiji. Mladi navode različite razloge, kao: zasićenje određenom vrstom hrane, potrebom da se malo izgubi na težini (što je u nekim slučajevima i realan razlog), teškoće u varenju, konstipaciju. Ovi zadnji razlozi u najvećem broju slučajeva predstavljaju upravo posledicu pre nego razlog odbijanja hrane. Niz drugih kvalitativnih i kvantitativnih promena dešava se u isto vreme. Prekomerno uzimanje tečnosti u cilju što bržeg eliminisanja hrane ili čak „unutrašnjeg pranja“ u težim slučajevima; ritualističko pranje ruku, zuba ili čak menjanja odeće posle obroka ili povraćanja sreću se kod pacijenata iz bulimijske podgrupe; karakteristično je uzimanje laksativa, diuretika, ekscesivne fizičke vežbe kao i hiperaktivnost. Pod pritiskom okoline da se poveća uzimanje hrane, pribegava se disimulacijama različite vrste: bacanju, sakrivanju hrane, povraćanju. Karakteristična preokupiranost hranom manifestuje se u sakupljanju recepata i ekstravagantnim izborima menija koji se pripremaju za druge a koje oni obično ne jedu. Dosta je pisano i o njihovom visokom poznavanju nutritivnih i kalorijskih vrednosti, ali je naše iskustvo da ovo u izvesnom broju slučajeva nije tačno. U prilog tome govori i intenzivna obuka koju je u tom smislu neophodno sprovesti kod ovih pacijenata.

Još jedna veoma značajna karakteristika kliničke slike je amenoreja, prisutna kod najvećeg broja pacijentica posle gubitka određene težine. Činjenica da u nekim slučajevima ona prethodi gubitku na težini i da normalizovanje težine ne dovodi do njenog prestanka podstaklo je na organizovanje niza studija koje za sada ne pružaju zadovoljavajuće objašnjenje (Falk & Halmi, 1982).

Daleko bismo prevazišli opseg ovoga rada, ako bismo govorili o mnogim fiziološkim, neurološkim i psihološkim posledicama neuhranjenosti. Pomenućemo samo neke: cijanozu, bradikardiju, hipotenziju, hipotermiju, edeme donjih ekstremiteta, značajan poremećaj balansa elektrolita, iscrpljenost i zamor, nesanicu, teškoće u koncentraciji, depresivno raspoloženje.

Koncizno izraženi, kriterijumi DSM III R za postavljanje dijagnoze mentalne anoreksije

su sledeći:

- 1) gubitak od najmanje 15% u odnosu na idealnu težinu predviđenu za visinu, pol i dob (Metropolitan Life Insurance Company, 1959). po nekim drugim kriterijumima ovaj gubitak treba da iznosi 25% (Feighner, 1982);
- 2) izražen strah od porasta težine čak i onda kada je težina veoma niska;
- 3) poremećaj sposobnosti za objektivnu procenu vlastite težine;
- 4) amanoreja u trajanju od najmanje tri prethodna meseca.

Po drugom i trećem navedenom kriterijumu, ovi se pacijenti razlikuju od slučajeva anoreksije izazvane faktorima organske etiologije. Takođe ih treba razlikovati od slučajeva odbijanja hrane u toku depresivnih ili maničnih epizoda, demencije, schizofrenije, nekih neuroza i, naravno, slučajeva štrajka glađu.

Pored klasifikacije poremećaja ishrane DSM III R, poznati su i kriterijumi Feighner-a, Russel-a, ICD 10 (Simon et al., 1989).

Praćenje evolucije anoreksije i traganje za prediktivnim faktorima predmet su mnogih studija (Hsu, 1980, Steinhausen & Glanville, 1983, Guelfi & Monier, 1983, Herzog et al., 1988). Najčešće navođeni negativni prognostički faktori su: dužina trajanja bolesti, značajniji procenat gubitka težine, stariji uzrast u vreme pojave simptoma, prisustvo bulimijskih epizoda, depresivna simptomatologija, socijalna izolacija, poremećeni odnosi u porodici.

Tretman

Subjekti

Zadnjih godina se u bihevioralnoj literaturi više i ne objavljuju studije koje precizno ne navode dijagnostičke kriterijume korišćene u izboru subjekata. I pored dominantnog uticaja kriterijuma DSM III R, često se, međutim navode i neki drugi kriterijumi, što otežava replikaciju i poređenje. To je navelo ekipu Klinike za mentalne i moždane bolesti Psihijatrijske bolnice Sainte Anne u Parizu da napravi kompjuterizovanu obradu kriterijuma DSM III R, ICD 10, Russell-a i Feighner-a (Simon et al., 1989). Po unošenju podataka, ovakvom se obradom dobija dijagnoza, lista kriterijuma na osnovu kojih je dijagnoza postavljena i procenat aktuelne težine u odnosu na idealnu težinu. Na taj se način populacija pacijenata precizno definiše i dobija niz podataka značajnih za dalju obradu. Na odeljenju za tretman poremećaja ishrane ove bolnice primaju se samo odrasli pacijenti, a radi ilustracije navešćemo neke od podataka iz analize dosijea 53 hospitalizovana pacijenta: prosječna starost na prijemu je 26 godina, dužina trajanja bolesti 8 godina, a pojava simptoma anoreksije oko 18. godine. Ovi podaci govore u prilog hroniciteta, a dva zadnja faktora se u najvećem broju slučajeva ističu kao prognostički negativni (Morgan & Hayward, 1975; Hsu, 1979).

Terapijski ciljevi bihevioralno-kognitivnog tretmana

Ciljevi hospitalizacije ovih pacijenata su višestruki, a prvenstveni je očuvanje vitalnih funkcija. U literaturi se upravo i navodi da ako ne po nečemu drugom, onda upravo po ovom prvom aspektu bihevioralna terapija ima prednost nad ostalim psihoterapijama

(Agras & Werne, 1981). Prioritetni terapijski ciljevi su sledeći:

- a) Vraćanje težine na optimum, definisan preko idealne težine za pol, visinu i dob (Metropolotan Life Insurance Company, 1959).
- b) Poboljšanje ishrane preko uvođenja optimalnog broja obroka, izbora hrane, njene količine i nutritivne vrednosti.
- c) Modifikovanje specifičnih navika vezanih za uzimanje hrane (vreme, mesto, redosled i način uzimanja pojedine hrane, obroci u prisustvu drugih, uloga u pripremanju hrane).
- d) Smanjenje ekscesivnih ponašanja usmerenih na redukciju težine, kao: povraćanja, uzimanja laksativa, diuretika, velikih količina tečnosti, fizičkih vežbi.
- e) Korigovanje odn. eliminisanje ponašanja usmerenih na izbegavanje uzimanja hrane: bacanje hrane, sakrivanje, davanje drugim pacijentima, ostavljanje u manjim ili većim količinama u posudama za serviranje.
- f) Sistematski rad na modifikovanju ideja vezanih za karakteristike određene hrane, osobenosti koje joj se pripisuju kognitivne distorzije vezane za njene efekte. Sastavni deo ove procedure su bihevioralni zadaci u toku ekspozicija in vivo.
- g) Sistematski rad na modifikovanju ideja vezanih za oblast telesne šeme, formu pojedinih delova tela, perfekcionističke standarde i korigovanje dihotomnog rezonovanja.
- h) Obrada kognitivnih distorzija i izvan područja ishrane i telesne šeme, iz oblasti socijalnog i profesionalnog funkcionisanja.
- i) Sistematska edukacija i korekcija u cilju prevazilaženja bihevioralnih deficita često sretanih kod ovih pacijenata, kako iz oblasti ishrane tako i šire.

Terapijske metode

Period opservacije

Za pacijenta, hospitalizacija najčešće predstavlja posledicu teško datog pristanka lekaru ili popuštanja presiji porodice. Češće se doživljava kao negativna jer dovodi do smanjenja ili potpunog gubitka kontrole nad uobičajenim ponašanjem. Pored toga pacijent biva izložen progresivnom porastu težine, hrani koju izbegava, kako po izboru tako i količini, nadzoru nad fizičkim aktivnostima, nedostupnosti sredstava za snižavanje težine. Nasuprot ovoj grupi restriktivnih pacijenata, pacijenti sa bulimijским ekscesima koje sami ne mogu da kontrolišu, makar u početku, hospitalizaciju doživljavaju kao olakšanje.

Davno opisana metoda izolacije od porodice sastavni je dio i najvećeg broja bihevioralnih tretmana, a njen je cilj smanjenje uticaja sredinskih faktora. Međutim, između klasično opisane izolacije i individualno organizovanih bihevioralnih programa ima značajnih razlika. Striktna supervizija i izolacija ovde predstavljaju samo neophodne elemente za organizovanje operantnih programa (Samuel-Lajeunesse et al., 1987).

Ostvarenje pomenutih terapijskih ciljeva zahteva izuzetno mnogo profesionalnog angažovanja, supervizije i individualnog rada od strane svih članova tima. Još pre prijema, uslovi perioda opservacije i terapijskih modaliteta prezentovani su pacijentu i načelno

prihvaćeni. Opservacija traje obično nedelju dana i za to vreme vrše se sva neophodna medicinska i psihijatrijska ispitivanja, bihevioralna analiza, a u zavisnosti od opšteg stanja pacijenta i psihološko testiranje. Izolacija od okoline ostvaruje se hospitalizovanjem pacijenta u sobi s jednim krevetom, bez prava na posete od strane porodice, bez veće mogućnosti kontakata sa ostalim anorektičnim pacijentima i uz strogi nadzor higijenskih i fizioloških potreba. U početku pacijent dobija uobičajenu bolničku hranu čiji je dnevni kalorijski iznos oko 1800 kcal, a osoblje beleži količinu i vrstu uzete hrane. U slučajevima drastičnog odbijanja hrane, pacijentu se daje neki od hipernutritivnih proizvoda. Ishrana sondom, iako ne potpuno isključena, najčešće se izbegava. Od razloga psihološke prirode naveli bismo stavljanje pacijenta u pasivan položaj i time otežano uvođenje operantnih metoda i samokontrole; takođe postoji opasnost da kod ovih pacijenata to postane privilegovani način ishrane zbog odsustva vizuelnih i gustativnih aspekata hrane. Psihodinamski orijentisani terapeuti bi ovu listu još više proširili.

U toku perioda opservacije pacijent ima nekoliko obroka u društvu članova tima: psihijatra bihevioralnog terapeuta ili medicinskih sestara kao potencijalnih koterapeuta. Za vreme ovih obroka obavlja se standardizovana opservacija uz pomoć Skale za procenu ponašanja pacijenta za vreme obroka (Wilson et al., 1989).

Za evaluaciju na prijemu koriste se upitnici i skale koji se ponavljaju posle 3, 9 meseci, 1 godine uz pokušaj praćenja do 4 godine. Navešćemo samo njihove nazive s obzirom da su šire poznati: EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979) EDI (Garner et al., 1983), Beckov Inventar Depresije (Beck et al., 1961), Hamiltonova skala za procenu depresije (Hamilton, 1960), Morgan-Russelova skala kliničke procene anoreksije Morgan & Hayward, 1988), EBRIS (Skala za procenu ponašanja pacijenta za vreme obroka Wilson et al., 1989), Rathusova skala asertivnosti (Rathus, 1973), u našoj ustanovi napravljen upitnik sa listom od 210 različitih vrsta hrane i kompletno psihološko ispitivanje. Metodologija evaluacije ovih pacijenata na prijemu i posebno tokom perioda praćenja često nije zadovoljavajuće rešena, pa se sreće primena različitih kriterijuma, što otežava poređenje među studijama (Shaw & Garfinkel, 1990). U našem radu primenjujemo Morgan -Russellovu skalu koja je sve prihvaćenija. Uz pomoć ove skale, pored opšteg skora, dobijaju se i pojedinačni skorovi koji se odnose na: ishranu, menstrualni, mentalni, psihoseksualni i socioekonomski status.

Specifičnost rada Odeljenja za poremećaje ishrane Klinike za mentalne i moždane bolesti je progresivno uvođenje hrane koju pacijent izbegava (Crichton- Doublet et al., 1988). Podaci o ovome dobijaju se iz pomenutog upitnika koji sadrži listu od 210 vrsta hrane najzastupljenije u meniju francuske populacije; pacijent procenjuje stepen zadovoljstva, prihvatanja, odn. odbijanja određene hrane na skali od 0-100 i navodi razloge. Za vreme opservacije analiza je dopunjena i nalazom nutricioniste. Razmatraju se elementi zdravstvenog statusa, telesne težine, vrste hrane uzimane tokom perioda opservacije, podaci iz upitnika o izboru hrane. Na osnovu toga određuje se optimalni i, za pacijenta, prihvatljiv meni. Analiziraju se i progresivno uključuju u program i drugi aspekti ishrane, kao: dužina trajanja obroka, teškoće vezane za količinu, konzistentnost i temperaturu hrane, redosled kojim se hrana uzima, prateća anksioznost, tendencije manipulisanja, verbalno ponašanje.

Od samog početka, pacijent ima veoma aktivnu ulogu u planiranju svoga menija. On progresivno uvodi izbegavanu hranu korigovan dijetetičarem terapeutom kako bi nutritivni i kalorijski zahtevi bili zadovoljeni. Reakcije izbegavanja i anticipatorna anksioznost tako se postepeno smanjuju, pruža se mogućnost za testiranje kognitivnih distorzija in vivo,

progresivno uvodi samokontrola.

Terapijski program je pacijentu predstavljen u vidu terapijskog ugovora u kome su definisani glavni ciljevi hospitalizacije i dat opis terapijske pomoći koja će biti pružena. Deo motivacije da prihvati ovakav program sadržan je i u samim uslovima hospitalizacije, gde uloga faktora negativnog potkrepljenja nije zanemarljiva. Terapijski ciljevi određeni su nalazima iz perioda opservacije i sprovedenom bihevioralnom analizom.

S obzirom na ozbiljno poremećeni zdravstveni status naših pacijenata i gubitak od 30-40% od idealne težine, prvenstveni cilj je najčešće restauracija težine i poboljšanje telesnog stanja.

Neki od programa za cilj imaju samo porast težine i ne poklanjaju veću pažnju načinu na koji do toga dolazi. Pacijenti u tim programima nastavljaju sa svojim ustaljenim navikama i često vrlo uskim izborom hrane. Bihevioralni model baziran na teorijama učenja najozbiljnije se suprotstavlja ovakvom pristupu, jer neadaptivno ponašanje, ukoliko nije korigovano tokom terapije, može precipitirati pogoršanje. U cilju smanjenja uticaja ovih faktora, naši programi su bazirani na progresivnom uvođenju izbegavane hrane i uzimanju uobičajenih bolničkih obroka pre otpusta. To se postiže tokom većeg broja obroka koje terapeut uzima sa pacijentom. Uz pomoć modelovanja, sistematske korekcije, feed-backa, pozitivnog potkrepljenja za učinjene napore, distrakcije, a u nekim slučajevima relaksacije pre ili posle obroka, pomaže se pacijentu u smanjenju anksioznosti i progresivnom uvođenju izbegavane hrane. Desenzitizaciji in vivo se, u slučajevima ekstremne odbojnosti prema pojedinim kategorijama hrane, pridružuje desenzitizacija u imaginaciji.

Navešćemo neke od oblika maladaptivnog ponašanja koji se koriguju tokom ovih obroka: način uzimanja hrane, redosled, adekvatnost pribora koji se koristi, odsustva verbalnog kontakta, ekscesivnog uzimanja tečnosti, tendencije za maskiranjem ukusa hrane različitim začinima, nemogućnošću uzimanja obroka u društvu, lako ovakav individualno organizovan bihevioralni program zahteva mnogo terapijskog angažovanja i vremena, kliničke karakteristike naših pacijenata ga čine neophodnim.

Tek pošto su sekundarne posledice neuhranjenosti delom ublažene restauracijom težine, započinje se sa sistematskim kognitivno-bihevioralnim pristupom. Najčešće se primenjuje Beckova kognitivna terapija (Beck, 1976) dopunjena ekspozicijama in vivo. Niz grešaka u logičkom rezonovanju, karakterističnih za depresivne i anksiozne pacijente, sreće se i kod naših pacijenata (Swift et al. 1986). Najtipičnije su: tendencija dihotomnog rezonovanja, personalizacija spoljašnjih događaja, selektivna apstrakcija, generalizacija, različite vrste supersticija. S obzirom na pojavu spontanih poboljšanja do kojih na kognitivnom planu dolazi zajedno sa opštim poboljšanjem, kognitivnom terapijom se obrađuju distorzije koje i dalje perzistiraju.

Posle obroka sa terapeutom pacijent analizira teškoće kod uzimanja izbegavane hrane, govori o porastu na težini i promenama koje uočava na svome telu. Iracionalne ideje se testiraju tokom ekspozicija in vivo kada se pacijentu pomaže u njihovom modifikovanju. Progresivno dolazi do promene uverenja da će doći do značajnog porasta na težini ako se uzimaju i minimalne količine masti, šećera, hleba.

Kao i kod ostalih operantnih programa, potkrepljujuće aktivnosti postaju dostupne tek kad dođe do definisanih promena u ponašanju, lako naši programi nagrađuju porast na težini, metabolizmom uslovljene fluktuacije i neadekvatno balansirane nutritivne potrebe

ponekad dovode do stagnacije ili pada na težini. Na taj način pacijent ne uspeva da ostvari adekvatnu povezanost između određenog ponašanja i njegovih posledica. S obzirom da striktna supervizija operantnih programa u velikoj meri snižava mogućnost pojave maladaptivnih oblika ponašanja, u našim programima se najčešće nagrađuje uvođenje izbegavane hrane, činjenica da pacijent u potpunosti pojede svoj obrok i da nema povraćanja i, mnogo ređe, izolovani porast na težini.

Za anorektične pacijente koji periode restrikcije prekidaju bulimijskim epizodama praćenim povraćanjem, najčešće posle uvođenja najvećeg broja izbegavane hrane, započinje se sa seansama ekspozicije u početku u prisustvu terapeuta, a zatim pod samokontrolom (Wilson et al. 1986). Hrana kojoj pacijent ne uspeva da odoli u vreme ovih ekscesa progresivno se uvodi sa instrukcijama da se pojede samo određena količina. Prevenciju bulimijskih epizoda sledi prevencija povraćanja kada se više ne interveniše na STIMULUSU, već na REAKCIJI. Kod ovih ekspozicija se od pacijenta zahteva da pojede veću količinu hrane, upravo one koja će dovesti do osećanja težine i želje za povraćanjem, a da pri tome progresivno odlaže ili potpuno isključi povraćanje. Koriste se različite metode kao: relaksacija, distrakcija, kognitivna restrukturacija, uputstva sa seansi kognitivne terapije uz dobro poznatu prevenciju reagovanja. Izraženo bihevioralnim terminima, u ovim situacijama dolazi do gašenja neadaptivnih oblika ponašanja nepotkrepljenjem.

Analiza kognitivnih distorzija anorektičnih pacijenata pokazuje da one često idu izvan područja ishrane i telesne šeme i odnose se na praktično svakodnevno funkcionisanje. Takođe se neretko sreću pacijenti koji, suprotno ustaljenom verovanju o kulinarskim veštinama, ne uspevaju da pripreme ni najjednostavniji obrok. Ovo je posebno tačno u slučajevima pacijenata koji žive sami i usmereni su na jednoličan meni. Intenzivan rad sa njima, kao i onima koji svojoj porodici nameću određeni način ushrane, uključen je u kasnijem delu terapije. Obuka u korigovanju ovih teškoća predstavlja terapijski zadatak dijetetičara i sestre koja asistira pacijentu u pripremi obroka.

Rezultati i diskusija

Povratak težine, modifikovanje nekih od oblika ponašanja vezanih za uzimanje hrane i kontrolisanje težine, efekti su bihevioralnog tretmana koji se već duže vreme ne dovode u pitanje (Herzog et al., 1988). Striktnost operativnih programa omogućava porast na težini i poboljšanje opšteg stanja, pa je procenat letalnog ishoda na početku ovakvih tretmana 0%, dok se kod drugih terapija kreće oko 8% (Agras & Werne, 1981). Isti autori, međutim, navode da se prednost bihevioralnog tretmana gubi tokom dužeg praćenja.

Već nas ovih nekoliko prvih rečenica vraća na sam početak ovog teksta, a tiče se korišćene metodologije i procene efekata jedne terapije. Shaw i Garfinkel (1990) su u nedavno objavljenom radu ponovo pokrenuli pitanje istraživanja u domenu poremećaja ishrane. Oni su istakli više faktora, od kojih navodimo neke:

- a) neophodnost preciznog definisanja uključenih subjekata
- b) relevantnost simptoma vezanih za poremećaje ishrane i njihove prisutnosti u normalnoj populaciji
- c) validnost subjektivnih izveštaja
- d) uticaj pratećih psihijatrijskih poremećaja

- e) validnost podele na restriktivnu i bulimijsku podgrupu anorektičnih pacijenata
- f) poštovanje etičkih normi u odnosu na prihvatanje određenog tipa tretmana.

Ako bismo želeli da uporedimo efekte bihevioralne sa efektima kognitivne terapije, karakteristike kliničke slike anorektičnih pacijenata često to ne dozvoljavaju. Pacijente hospitalizovane u našoj ustanovi karakteriše gubitak težine i do 40% i ozbiljne biološke i psihijatrijske posledice neuhranjenosti. Oni najčešće nisu spremni za kognitivni tretman ili bi njegovo izolovano primenjivanje moglo dovesti u pitanje očuvanje vitalnog statusa. Da li, nasuprot tome, isključiva primena bihevioralnih metoda dovodi do terapijski jednakih rezultata i da li ima značajnih razlika tokom praćenja? Još je jedno pitanje čiji se odgovor naslućuje da li je bihevioralna terapija potpuno oslobođena kognitivnih komponenti? Ovde bismo podsetili da, i pored težnje da tokom terapije sledi metodologiju naučnog eksperimenta, ni bihevioralna terapija nije oslobođena uticaja tzv. nespecifičnih faktora. Zbog toga se u cilju poređenja, sve češće organizuju komparativne studije različitih centara u kojima se ujednačene grupe pacijenata uključuju u različite oblike tretmana. U našoj ustanovi je već dve godine u toku kontrolisana studija koja poredi efekte bihevioralnog sa efektima kognitivno-bihevioralnog pristupa među dvema ujednačenim grupama pacijenata (Divac, S.M. et al. 1990). Istraživačka hipoteza je da će efekti kognitivno-bihevioralnog pristupa biti značajniji kako na otpustu, posle 3-4 meseca hospitalizacije, tako i tokom praćenja. Prvi rezultati koji se većim delom odnose na evaluaciju kod otpusta, ne ukazuju na značajnije rezultate. Jedno od objašnjenja je verovatno sadržano u faktoru vremena neophodnom za značajnije kognitivne promene. U tom smislu bi bihevioralno-kognitivni tretman trebalo da pridonese značajnije dužem održavanju terapijskih efekata. Ovo smatramo potencijalnom prednošću ovoga pristupa, jer su efekti različitih vidova hospitalnog tretmana približno jednaki.

„Bihevioralno inženjerstvo“ striktnih operantnih programa umnogome podseća na ekonomiju žetona i pod snažnim je uticajem supervizije i sistema nagrađivanja tipičnog za operantne programe. U kom momentu i da li dovoljno rano samopotkrepljivanje i samokontrola preuzimaju ulogu, ostaje otvoreno pitanje. Efikasnost kognitivne terapije, bez prisustva bihevioralnih elemenata, tekođe nije potvrđena (Latimer & Sweet, 1984).

Imajući u vidu pomenute kliničke karakteristike pacijenata naše ustanove, opredelili bismo se za operantni program u prvoj fazi tretmana. Striktna supervizija nad ishranom i adekvatnija kontrola neadaptivnih ponašanja pomaže u održavanju vitalnih funkcija, a kod pacijenata, posebno iz bulimijske grupe, pomaže u kasnijem uvođenju samokontrole. Supervizijom se takođe preciznije mogu identifikovati i drugi oblici neadaptivnih ponašanja koji nisu bili registrovani tokom perioda opservacije ili su potencirani nekom od promena nastalih tokom tretmana. Supervizija i precizno definisani uslovi iz terapijskog ugovora takođe smanjuju često sretane konflikte između osoblja i pacijenta oko količine unete hrane, učestalosti fizičkih vežbi, zloupotrebe laksativa, povraćanja.

Orijentisana prema simptomima, sa akcentom na merljivima i operacionalno definisanim oblicima ponašanja, poznata po kraćem trajanju bihevioralna psihoterapija bi trebalo da bez većih teškoća evaluira svoje rezultate. Njeno poređenje sa dinamski ili psihoanalitički orijentisanim tretmanom nije moguće zbog razlike u terapijskim ciljevima i značajne razlike u dužini trajanja terapije.

Individualizovani kognitivno-bihevioralni pristup Klinike za mentalne i moždane

bolesti, uz porast na težini kao terapijskog cilja ističe neophodnost promene navika ishrane i uvođenja izbegavane hrane. Koristeći principe operantnog uslovljavanja za iniciranje određenih oblika ponašanja u prvoj fazi, individualni rad na sistematskom modifikovanju neadaptivnih oblika ponašanja i edukacije primenjuje se u drugom delu. Progresivno uvođenje samokontrole i povlačenje supervizije pomažu pacijentu da, uz terapijsku pomoć, organizuje svoju svakodnevnu ishranu i izbor menija, počne sa obrocima i izvan bolnice, uvede umerene fizičke aktivnosti ili čak nastavi profesionalne aktivnosti.

Iako najveći broj bihevioralnih programa postiže približno jednake rezultate u restauraciji težine, malo ih se obraća diversifikaciji ishrane i modifikovanju navika hranjenja, lako ovakav individualni bihevioralno-kognitivni pristup naše ustanove zahteva mnogo terapijskog vremena, on je u prvom redu određen kliničkim karakteristikama naših pacijenata, a verovatno i kulturološki determinisan.

U radu smo dali pregled nekih od aspekata bihevioralno-kognitivnog pristupa i istakli njegovu specifičnost u radu sa teškim pacijentima. Nismo, na žalost uspeli, kao ni mnogi pre nas, da damo precizniji odgovor na pitanje njene efikasnosti u odnosu na druge terapije, kao ni specifični doprinos kognitivnog pristupa. Njegova evaluacija tokom dužeg perioda praćenja predstavlja istraživačku studiju ove ustanove i biće predmet naših budućih izlaganja

LITERATURA

- Agras, S. & Werne, J. Disorders of Eating, In: Turner, S.M., Calhoun, K.S. & Adams, H.E., Handbook of Clinical Behavior Therapy (1981), 214-239, John Wiley & Sons, USA.
- American Psychiatric Association (1987), DSM III R, Washington DC
- Anderson, A.E. & Mickaline, A.E. (1983) Anorexia Nervosa in the Male, *Psychosomatics*, 24,1066-1074.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International University Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M.D., Mock, J. & Erbaugh, M.D. (1961) An Inventory for Measuring Depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bruch, H. (1980) Anorexia Nervosa: Therapy and Theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Brusset, B. (1977) *L'assiette et le miroir*, Editions Privat, Toulouse, France.
- Criquillion-Doublet, S., Simon, Y. & Samuel-Lajeunesse, B. (1988) Interet de la diversification alimentaire dans le traitement des troubles des conduites alimentaires, *Societe Medico-Psychologique*, 84-86.
- Divac, S.M., Foulon, Ch., Criquillion-Doublet, S., Abidh, J. & Samuel-Lajeunesse, B. (1990) Possibilities of cognitive-behavioural psychotherapy in treating anorexic in-patients, XXth European Congress on Behaviour Therapy, Paris.
- Falk, J.R. & Halmi, K.A. (1982) Amenorrhea in Anorexia Nervosa: Examination of the Critical Body Hypothesis, *Journal of Biological Psychiatry*, 17, 799-806.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R., Winokur, G., Munoz, R. (1982). Diagnostic Criteria for use in Psychiatric Research, *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. Perceptual and Conceptual Disturbances (1982), In: *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*, Bruner/Mazel, Inc. New York.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979) The Eating Attitude Test: An Index of the Symptoms of

- Anorexia Nervosa, *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. (1983) Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Guelfi, J.D. & Monier, C. (1983) L'anorexie mentale: Une étude clinique et psychométrique, *Annales Medico-Psychologiques*, Vol. 141, 381-403.
- Hebermas, T. (1986) Friderada: A case of Miraculous Fasting, *International Journal of Eating Disorders*, 5, 555-562.
- Halmi, K.A. (1986) The Biology and Experimental Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. In: Benzer, P.A. & Brodie, H.K. *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York, 2nd Edition, Vol.8, 762-788.
- Herzog, D.B., Keller, M.B. & Lavory P.W. (1988) Outcome in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. A Review of the Literature, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 176, N 3, 131-143.
- Hamilton, M. (1960) A Rating Scale For Depression, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hsu, L.K.G. (1980) Outcome of Anorexia Nervosa, *Archives of General Psychiatry*, Vol.37, 1041-1046.
- Hsu, L.K.G. (1983) The Aetiology of Anorexia Nervosa, *Psychological Medicine*, 13, 231-238.
- Latimer, P.R. & Sweet, A.A. (1984) Cognitive versus Behavioral Procedures in Cognitive-Behavior Therapy: A Critical Review of the Evidence *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol.15, N 1, 9-22.
- Margo, J.L. (1987) Anorexia Nervosa in Males. A Comparison with Female Patients, *British Journal of Psychiatry*, 151, 80-83.
- Metropolitan Life Insurance Company (1959) New Weight Standards for Men and Women, *Statistical Bulletin*, 40, 1-15.
- Morgan, H.G. & Hayward, A.E. (1988) Clinical Assessment of Anorexia Nervosa: The Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule, *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.
- Parry-Jones, W.L. (1985) Archival Exploration of Anorexia Nervosa, *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 19, 95-100.
- Rathus, S.A. (1973) A Thirty Item Schedule for Assessing Assertive Behavior, *Behavior Therapy*, Vol.4, 298-406.
- Rippon, C., Hash, J., Myburgh, K.H. & Noakes, T.D. (1988) Abnormal Eating Attitude Test Scores Predict Menstrual Dysfunction in Lean Females, *International Journal of Eating Disorders*, 7, 617-624.
- Russell, G.F.M. (1985) The Changing Nature of Anorexia Nervosa: An Introduction to the Conference, *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 19, N 2/3, 101-109.
- Samuel-Lajeunesse, B., Fass, D., Rodiax, J.F. et Rodriguez, F. 1987 Essai de systématisation de l'approche thérapeutique des troubles du comportement alimentaire, *Annales Medico-Psychologiques*, Vol. 145, N 7, 561-573.
- Samuel-Lajeunesse, B. (1989) Place du déterminisme socio-culturel dans les troubles du comportement alimentaire, *Annales de Psychiatrie*, Vol.4, N 3, 207- 214.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978) *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*, Jason Aronson, New York.
- Shaw, B.F. & Garfinkel, P.E. (1990) Research Problems in the Eating Disorders, *International Journal of Eating Disorders*, Vol.9, N 5, 545-555.
- Simon, Y.F., Wery, C., Divac, S., Criquillon-Doulet, S., Samuel-Lajeunesse, B. (1989) LENTCA: Logiciel d'Évaluation Nosographique pour les Troubles des Conduites Alimentaires, *Société Medico-Psychologique*, 756-761.
- Steinhausen, H.C. & Glanville, K. (1983) Follow up Studies of Anorexia Nervosa: A Review of

Research Findings, *Psychological Medicine*, 13, 239-249.

Swift, W.J., Andrews, D. & Barklage, N.E. (1986) The Relationship Between Affective Disorders And Eating Disorders: A Review of the Literature, *American Journal of Psychiatry*, 143, 3, 290-299.

Wilson, A.J., Touyz, S.V., Dunn, S.M. & Beumont, P. (1989) The Eating Behavior Rating Scale - EBRS: A Measure of Eating Pathology in Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, Vol.8, N 5, 583-592.

Wilson, T.G., Rossiter, E., Kleifield, E.I. & Lindholm, L. (1986) Cognitive-Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa: A Controlled Evaluation, *Behaviour Research & Therapy*, Vol. 24, N 3, 277-288.

Yates, A. (1989) Current Perspectives on the Eating Disorders: I History, Psychological and Biological Aspects, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 6, 813-828.

Kognitivno-bihevioralne terapije u radu s djecom

Nada Anić

U proteklom desetljeću naglo je porastao interes za primjenu kognitivnih terapija u otklanjanju raznih odstupajućih ponašanja djece. Posebno je veliki broj radova koji se odnose na primjenu tih terapijskih metoda kod djece s hiperaktivnošću, predelinkventnim i delinkventnim ponašanjem, te raznim drugim oblicima iritirajućih ponašanja (Kendall, Braswell, 1985. Mahoney, Nezworsky, 1985.). Radi se o djeci koja nisu usvojila uobičajenu samokontrolu koja bi se očekivala za dob i socijalne uvjete. Ona pokazuju izrazitu nepromišljenost, impulzivnost i nepoštovanje pravila i standarda ponašanja svoje sredine.

Više je istraživanja pokazalo (Ackerson, 1931; Hewitt i Jenkins, 1946; Quay, 1964.) kako navodi Ruter (1977) da se sveukupna odstupanja ponašanja kod djece (roditelji i učitelji su ih naveli oko četiri stotine) mogu podijeliti u dvije glavne skupine. Prvu čine sva ponašanja koja su „u sudaru“ s okolinom ili kako se često navodi „okrenuta prema van“. To su ponašanja koja se mogu opažati i ometajuća su za okolinu. Najčešće se označavaju zajedničkim imenom „smetnje ponašanja“. Tipična ponašanja iz te skupine su nemir, agresivnost, neposlušnost i sl.

Druga skupina odstupajućih ponašanja su „unutrašnja“, okolina ih manje zapaža

zbog njih pate prvenstveno sama djeca. Glavna značajka tih odstupanja su strašljivost, povlačenje i depresivnost. Ova se odstupanja označavaju zajedničkim imenom „emocionalni poremećaji“.

Kognitivno-bihevioralne terapije primjenjuju se i kod jednih i drugih poremećaja ali za sada neusporedivo češće kod smetnji ponašanja (Kendall, 1988).

Kod odraslih klijenata vidimo upravo obrnutu situaciju – kognitivne terapije najčešće se primjenjuju kod emocionalnih problema, prvenstveno onih kojima je u osnovi depresivnost i anksioznost. Razlika vjerojatno proizlazi iz različite potrebe za terapijom djece i odraslih osoba. Odrasli se javljaju dobrovoljno potaknuti subjektivnom patnjom ili uznemirenošću. Djeca ne uviđaju potrebu za tretmanom i ne javljaju se dobrovoljno. Upućuju ih škole, liječnici ili dovode roditelji po svom nahođenju. Odrasli su ometani i uznemiravani dječjim ponašanjem i oni odlučuju o potrebi za tretmanom. To je vjerojatno glavni razlog što je u kognitivno-bihevioralnim terapijama značajno češće predmet interesa ponašanje djece kojem je u osnovi nedostatna samokontrola.

Terapijske tehnike koje se koriste u radu s djecom iste su ili slične onima koje se primjenjuju kod odraslih, samo je sadržaj i način rada prilagođen dječjem uzrastu. Ipak treba naglasiti i jednu značajnu razliku. Kod odraslih osoba mijenja se neprimjerena kognicija(e), kod djece radi se na učenju pravilne upotrebe kognitivnih procesa.

Kod odraslih osoba cilj je u kognitivno-bihevioralnim terapijama uočiti i mijenjati kognitivni posredujući mehanizam koji iskrivljuje vanjske okolnosti pojedinca i njegovu percepciju vlastitih mogućnosti rješavanja problema. Glavni je cilj otkriti i mijenjati kognitivno ustrojstvo odgovorno za iskrivljeno percipiranje stvarnosti i posljedice

emocionalne i ponašajne manifestacije. U toku terapijskog procesa otkrivaju se i otklanjaju iskrivljenja i pogreške u kognitivnim procesima.

Te se promjene postižu na više načina:

- traženjem dokaza za zaključke koje osobe s emocionalnim teškoćama donose proizvoljno i neutemeljeno
- neprimjereno atribuiranje zamjenjuje se primjerenijim
- negativne misli zamjenjuju se realističnijima
- isključivost u rasuđivanju zamjenjuje se logičkim rasuđivanjem.

U radu s djecom glavni je cilj u kognitivno-bihevioralnim terapijama učenje djece kako da koriste kognitivne procese u raznim problemnim situacijama, i kao kontrolu vlastitog ponašanja.

Kod djece s odstupanjima u ponašanju i hiperaktivnošću izostaje ili je ometan normalni razvojni proces usvajanja kognitivne kontrole ponašanja.

Kod planiranja terapijskih ciljeva u radu s djecom smatra se bitnim zahtjevom voditi računa o njihovoj razini razvoja.

Za razumjevanje zastoja u razvoju kognitivne kontrole kod djece značajni su teorijski doprinosi iz raznih područja psihologije, posebno razvojne. Tako su, npr. radovi koje su objavili Luria (1961) te Vigotsky (1962.) dali važne osnovne teoretske postavke o nužnosti govora za kontrolu ponašanja. U svojim radovima oni su obrazložili da zastoj u usvajanju unutrašnjeg govora ima za posljedicu slabu samoregulaciju ponašanja. Njihove su postavke potakle brojna kasnija istraživanja drugih autora (Mishel, 1970; Meichenbaum, 1971). Rezultati tih istraživanja čine osnovu za razvoj poznatog Meichenbaumovog postupka koji je autor nazvao „vježbanje samouputa“ (self-instructional training).

Postupak se primjenjuje u radu s odraslima i djecom (Meinchenbaum i Goodman, 1971). Sve terapijske tehnike koje se koriste u radu s djecom podrazumijevaju prilagodbu sadržaja i načina dječjoj razvojnoj razini.

Zahtjev da se u terapijskim postupcima i izboru ciljeva treba voditi računa o razvojnim osobinama djeteta podrazumijeva nužnost pravilne procjene djetetovih mogućnosti da usmjeri i održi pažnju na odabranom sadržaju, da zadaci i postupci ne prelaze mogućnost zapamćivanja i sl. Među najzastupljenijim terapijskim tehnikama za rad s djecom su: terapija rješavanja problema i uježbavanje samouputa.

Terapija rješavanja problema

Ova tehnika zaslužuje posebnu pažnju iz više razloga. Ona je značajan dio u nekim drugim terapijskim tehnikama, npr. u uvježbavanju samouputa. Napokon, opći stav je u kognitivno-bihevioralnom pristupu da se na neki poremećaj pojedinca i njegove obitelji gleda kao na problem koji treba riješiti, a ne kao na neki patološki entitet. Istraživanja o kognitivnim procesima i njihovoj povezanosti s ponašanjem vrlo su brojna i imaju dugu historiju. Sedamdesetih godina posebno se ističe grupa istraživača koji nastoje objasniti neke klinički relevantne pojmove kognitivnim procesima. Tako Spivack, Shure i Platt (Kendall, 1988) objašnjavaju uspješno rješavanje međuljudskih problema kao posljedicu više vještina

kao što su: osjetljivost za ljudske probleme, sposobnost da se nađe više alternativnih rješenja i osjetljivost za uzročno-posljedične odnose u ljudskom ponašanju. Istovremeno su provedena i istraživanja o uzrocima teškoća u socijalnoj prilagodbi.

Više je autora utvrdilo da se djeca s problemima u prilagodbi razlikuju od „normalne“ djece u nekim procesima potrebnim za rješavanje problema u socijalnim situacijama. Dodge i Frame (1982) su utvrdili da agresivni dječaci pokazuju odstupanja u razumijevanju socijalnih zbivanja, te da u tom pogledu pokazuju značajne nedostatke u odnosu na „normalnu“ djecu. Kendall (1988) navodi i istraživanja Hainsa i Ryana iz 1983. godine u kojem su uspoređivani delinkventi i nedelinkventi u raznim oblicima rješavanja problemnih socijalnih situacija. Rezultati pokazuju da su delinkventi manje uzimali u obzir različite aspekte kod rješavanja nekog socijalnog problema. Autori su zaključili da odstupajuće ponašanje delinkvenata djelomice prizlazi iz iskrivljenih ili nepotpunih značenja koja oni pridaju raznim socijalnim situacijama. Slične rezultate dobili su Dodge i suradnici u ispitivanju na školskoj djeci (Kendall, 1988). Na osnovu niza istraživanja u tom području nastale su terapijske tehnike za učenje rješavanja problema u međuljudskim problemnim odnosima.

Jedna takva terapijska metoda objavljena je 1971. godine a autori su D'Zurilla i Godfried. Kasnije se pojavljuju i neke druge varijante (Mahoney, 1977; Spivack i Shure, 1974) prilagođene posebnoj namjeni, uzrastu djece, individualnoj ili grupnoj primjeni i sl. (Kendall, 1988).

D'Zurilla i Goldfried definiraju terapiju rješavanja problema kao uvježbavanje klijenta da postane sam svoj terapeut. Njihova osnovna ideja je da klijent (dijete ili odrasli) treba poboljšati opću uspješnost u rješavanju svakodnevnih problema učenjem potrebnih vještina. Istraživanja su pokazala da postoji pet osnovnih operacija koje su potrebne za uspješno rješavanje nekog problema:

- opća orijentacija
- definiranje i formuliranje problema
- pronalaženje više mogućih rješenja
- odlučivanje o najboljem rješenju
- provjeravanje izabranog rješenja.

Terapijske tehnike sastoje se u uvježbavanju klijenata da usvoje i primijene te postupke u stvarnim problemnim situacijama.

Spivack i Shure (1974) proveli su sustavna ispitivanja o uspješnosti ovog terapijskog pristupa. Pokazalo se da i terapijski program za učenje rješavanja međuljudskih problemnih situacija ima iste elemente koje predlažu D'Zurilla i Goldfried.

Istraživanja o djelotvornosti uvježbavanja rješavanja međuljudskih problemnih situacija pokazala su da su zadovoljavajuće rezultate dale terapijske tehnike koje razvijaju sljedeće vještine:

- sposobnost da se prepozna (uoči) mjesto moguće problemne situacije u određenoj socijalnoj sredini
- sposobnost da se pronade više alternativnih rješenja problema

- sposobnost planiranja postepenih koraka u ostvarivanju ciljeva
- sposobnost predviđanja kratkotrajnih i dugotrajnih posljedica pojedinih alternativa
- sposobnost da se uoči i razumije motivacija za nečiji postupak, te da se razumiju odgovori drugih osoba na taj postupak.

Ovaj postupak primjenjuje se s djecom koja imaju emocionalnih teškoća i slabo se snalaze u socijalnim situacijama.

U terapijskim postupcima djeca obično uvježbavaju rješavanje međuljudskih problema u zamišljenim, hipotetskim socijalnim situacijama, te u stvarnim životnim problemnim situacijama.

U skladu s uzrastom djece koriste se crteži, stripovi, slike, filmovi, ili video kazete, ili zamišljanje situacije.

Od stvarnih životnih problemnih situacija najčešće se koriste razne konfliktne situacije s braćom, drugovima u igri ili školi, ili u obitelji.

Cilj takvog tretmana nije da riješi konkretne probleme djeteta u međuljudskim odnosima nego da ga osposobi (nauči) kako da se snađe i uspješno riješi moguće buduće probleme.

Iako se u terapijskom programu mogu kao primjer za učenje koristiti konkretni problemi, naglasak je uvijek na stjecanju vještina za snalaženje u problemnim situacijama općenito.

Više autora navodi da se neopravdano malo brige posvećuje razvoju socijalnih vještina djece. Roditelji i nastavnici pretežno brinu o učenju školskog gradiva. Izgleda da se očekuje da djeca sama od sebe, spontano, usvoje socijalne vještine uz pomoć vršnjaka i obitelji. Nažalost, mnogo je djece koja imaju oskudne kontakte s vršnjacima, imaju teškoće u stvaranju prijateljstava a u složenim socijalnim situacijama se uopće ne snalaze (Spence, 1983).

Stoga nije čudno što raste interes za primjenu tehnika koje poboljšavaju socijalne vještine djece. Od nastanka ove terapijske škole do danas nastalo je više raznih usmjerenja a sve ih objedinjuje zajedničko poimanje socijalnih vještina i bit terapijskih programa za usvajanje socijalnih vještina.

Po definiciji, socijalne vještine su one komponente ponašanja koje su neophodne pojedincu za uspješnost u socijalnim odnosima na način koji ne uzrokuju fizičku ili psihičku pozljudu drugih (Spence, 1983). Bitni je zahtjev na terapijski program za usvajanje socijalnih vještina osposobljavanje djeteta da prepozna problemnu situaciju, pronade više alteranativnih rješenja, svakom predvidi moguću posljedicu te u skladu s tim predviđanjem odabere rješenje s najpovoljnijim ishodom.

Nekad se kao poseban dio usvajanja socijalnih vještina koristi i učenje prepoznavanja emocionalnih stanja kod drugih na osnovu izraza lica, držanja i situacije u kojoj se osoba nalazi. Smisao ovog postupka je učenje djece da bolje razumiju povezanost između emocija, ponašanja i kognitivnih procesa. Usmjeren je na pomoć djeci koja se teško snalaze u socijalnim problemnim situacijama da lakše uoče i razumiju motive i ponašanja drugih sudionika.

Samoupute (self instructional training)

Glavni osnivač ove terapijske škole je Donald Meichenbaum.

U okviru istraživanja ponašanja hospitaliziranih shizofrenih bolesnika proučavao je učinak operantnih tehnika na učenje tih ispitanika da primjenjuju „zdravi govor“. Uočio je da bolesnici koji pri rješavanju tih zadataka spontano koriste samoupute postižu bolje rezultate i pri tome im je pažnja manje otklonjiva. Ti su mu nalazi dali poticaj za dalja istraživanja o nužnosti kognitivnih činilaca u mijenjanju ponašanja. Na njegov su rad značajno utjecali Luria i Vygotsky koji su proučavali razvojni odnos između govora, mišljenja i ponašanja. Oni objašnjavaju razvoj samokontrole kao postupan proces u kojem se ponašanje djeteta u ranoj fazi kontrolira verbalnim uputama odraslih da bi ih postepeno dijete usvojilo i ponavljalo sve do faze kad sam kontrolira svoje ponašanje unutrašnjim govorom. Taj stupanj samokontrole nastaje oko ili iza šeste godine. I drugi su se istraživači bavili povezanošću govora i ponašanja. Ispitivanja Mishela pokazala su (Kendall, 1988) da djeca već u predškolskom uzrastu uspješnije obavljaju svoje zadatke u ometajućim uvjetima ako koriste naučene samoupute koje ih vode kroz pojedine stupnjeve rješavanja.

Prvi terapijski programi (Meichenbaum i Goldfried, 1971) bili su namijenjeni djeci s impulsivnošću.

Tretman je imao četiri glavna cilja:

- 1) uvježbati impulzivnu djecu da koriste verbalne samozapovijedi i da na njih pravilno reagiraju
- 2) pojačati posredujuće vještine za upotrebu unutrašnjeg govora kako bi se kontroliralo ponašanje
- 3) prevladati nedostatke u razumijevanju situacije
- 4) ohrabrivati dijete na samopotkrepljivanje za primjereno ponašanje.

Autori su razvili poseban postupak učenja samouputa uvažavajući razvojne stupnjeve koje su opisali Luria i Vygotsky.

- a) Model (terapeut ili drugi model) rješava zadatak glasno govoreći samoupute dok ga dijete promatra.
- b) Dijete izvršava isti zadatak a model daje verbalne upute.
- c) Dijete glasno samo sebi daje upute i izvršava zadatak prema njima.
- d) Dijete izvršava zadatak šapćući upute.
- e) Dijete izvršava zadatak šutke, uz upotrebu unutrašnjeg govora.

Samoupute koje se koriste u ovom i drugim sličnim terapijskim postupcima redovito sadrže sljedeće elemente:

- pitanja o prirodi i zahtjevima zadatka
- odgovore na pitanja u obliku kognitivne probe
- samopouke u obliku vođenja u svakom stupnju izvršavanja zadatka
- samopotkrepljenja.

Meichenbaum i Goldfried su u nizu ispitivanja pokazali da je trening samoinstrukcija značajno poboljšao učinke impulsivne djece u različitim vrstama zadataka. Kendall i Bemis (1983) analizirajući različite postupke u kognitivnoj terapiji navode sličnosti i glavne značajke tih postupaka. Oni nalaze zajedničke ciljeve u Beckovim terapijama kognitivnog restrukturiranja, Ellisovim racionalno- emocionalnim terapijama i uvježbavanju samouputa.

Autori smatraju da postoji šest općih vještina koje omogućavaju usvajanje samokontrole i uspješno snalaženje u rješavanju životnih problema:

- određivanje problema
- pristup problemu
- usmjeravanje pažnje
- pretpostavke o mogućim načinima borbe s teškoćama
- uočavanje i ispravljanje pogrešaka u rješavanju
- samopotkrepljivanje.

Uvježbavanje i upotreba samouputa danas nalazi primjenu najčešće kod terapijskih programa namijenjenih djeci koja imaju teškoća u učenju zbog nemira i poremećaja pažnje (Kendall, Braswell, 1985).

Ti su se terapijski programi pokazali djelotvornima i ekonomski opravdanim zbog relativne kratkotrajnosti. U više kontroliranih istraživanja pokazalo se da se željene promjene u ponašanju djece uočavaju već nakon dvanaest jednosatnih sastanaka koji se provode jednom tjedno. Učinci se vide i nakon višemjesečnog perioda praćenja (Kendall, Braswell, 1985). Nažalost, učinci ovog tretmana uočljiviji su u pravilu u kliničkim uvjetima a učitelji ih manje uočavaju ili ih u razredu uopće i ne vide. Razlog je vjerojatno i u tome, što je u školskoj situaciji mnogo ometajućih podražaja pa dijete s teškoćama u samokontroli, lakše podliježe irelevantnim poticajima. Moguće je da učitelji ne uočavaju učinke tretmana i stoga, što u usporedbi s mirnom djecom djeca s impulzivnošću i unatoč tretmanu još uvijek odstupaju u samokontroli.

Učenje po modelu

Teorijsku osnovu za ovaj postupak dao je Bandura svojim istraživanjima i postavkama o učenju promatranjem drugih. U tom obliku učenja dijete uočava i pamti uzročno-posljedičnu vezu podražaj - ponašanje - posljedice bez vlastitog ponavljanja iste situacije. Bandura ovim načinom učenja objašnjava veliki dio ponašanja koja usvajamo promatranjem i upotrebom medijacionih kognitivnih procesa. U terapijskim uvjetima učenje po modelu najčešće se primjenjuje u otklanjanju strahova, fobičnih manifestacija i uopće ponašanja izbjegavanja kojima je u osnovi anksioznost.

Dijete s takvim odstupanjima u ponašanju gleda model koji obavlja traženo ponašanje i postupno se ohrabruje da ih i samo izvrši. Kao ilustracija može poslužiti otklanjanje straha od pasa.

Ima više načina upotrebe modela. Model može biti drugo dijete u stvarnoj situaciji, u kliničkim uvjetima, na filmu itd. Danas se sve više ističe važnost modela koji pokazuje teškoće, nesigurnost i način svladavanja problema za razliku od modela koji zadatak

izvršava savršeno, lagano pa može izgledati nedostižan.

Opisane terapijske tehnike za rad s djecom koriste se odvojeno ili u kombinaciji. Model može prilikom rješavanja nekog problema govoriti glasno samoupute.

Isto tako se kombiniraju tehnika samoinstrukcija i rješavanja problema.

Opisane tehnike su načini koji su u osnovi usvajanja samokontrole ponašanja i socijalnog učenja u normalnom razvojnom procesu djeteta. Većina djece koristi ih spontano. Kod djece čiji je razvoj samokontrole ponašanja ometen koriste se u obliku terapijskih programa.

Ti su postupci jednostavni, razumljivi i lako primjenjivi, pa je moguće naučiti članove stvarne životne sredine djece s problemima da ih sami primjenjuju.

Ostale terapijske tehnike

Jedna od vrlo djelotvornih tehnika za usvajanje samokontrole ponašanja je postupak sustavnog opažanja i bilježenja nekog ponašanja (selfmonitoring). To je prvenstveno postupak namijenjen procjeni učestalosti nekog ponašanja koje je pregled opažanja (agresivnost, zaboravljanje domaćih zadataka, prekomjerno jedenje i sl.). Pokazalo se da je postupak vrlo djelotvoran u brzom mjenjanju ponašanja, pa se danas primjenjuje u otklanjanju vrlo širokog raspona raznih odstupajućih ponašanja.

Postupak iz skupine kognitivnih restrukturacija poznat pod nazivom „mijenjanje atribucija“ češće se primjenjuje u radu s odraslima. Ipak opisani su i primjene u radu s djecom i to posebno kod otklanjanja teškoća u učenju. Ispitivanja su pokazala da djeca s teškoćama u učenju, općim školskim neuspjehom i teškoćama u čitanju, pripisuju svoje neuspjehe sebi. Kendall (1988) navodi rezultate više istraživanja koja pokazuju da su se pokazale djelotvornima atribucije usmjerene na tehnike učenja (npr. moj način učenja nije bio dobar) za razliku od atribucija usmerenih na vlastito zalaganje i napor (npr. nisam se dovoljno trudila).

Jedna od često upotrebljivanih terapijskih tehnika u radu s djecom je igranje uloga. Glavni cilj tog postupka je da dijete razumije stanovište i interese drugih osoba u nekoj socijalnoj problemnoj situaciji. Najčešće se primjenjuje u otklanjanju sukoba s vršnjacima, braćom ili članovima obitelji.

Kognitivne terapije u radu s djecom pokazale su se korisnim ako se primjenjuju samostalno a najčešće se upotpunjuju i raznim bihevioralnim postupcima (Kazdin, 1985).

Kod planiranja nekog terapijskog programa za dijete s odstupanjima u ponašanju potrebno je procijeniti i individualne osobine i okolnosti u kojima ono živi. Potrebno je prije svega procijeniti razinu razvoja djeteta i njegove stvarne kognitivne mogućnosti (zrelost pažnje, mogućnost zapamćivanja, rezoniranje). Za uspješnost tretmana ali i za određivanje ciljeva potrebno je ispitati razinu očekivanja i roditelja i djeteta, a ponekad i učitelja. Provedeni tretman učitelj može procijeniti kao nekoristan zato što je imao nerealna očekivanja u pogledu promjene ponašanja koja se može očekivati nakon tretmana. U svakom pojedinačnom slučaju treba procijeniti atribucionni stil djeteta i njegove okoline. Tek nakon ovakve svestrane procjene treba donijeti odluku da li je terapijski tretman potreban.

LITERATURA

- Dobson, K.S. (1988). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, London, The Guilford Press.
- Dodge, K.A.; Frame, C.L. (1982). Social cognitive bias and deficits in aggressive boys, *Child Development*, 53, 620-635.
- D'Zurilla, T. (1986). *Problem-solving Therapy*, New York, Springer.
- Harris, K.R.; Graham, S. (1985). Improving learning disabled student's composition skills, *Self-control strategy training*, *Learning Disabilities Quarterly*, 8, 27-36.
- Kazdin, A.E. (1985). *Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, Hommewood, Dorsey Press.
- Kendall, P.C.; Hollon, S.D. (eds) (1979). *Cognitive -Behavioral interventions*, New York.
- Kendall, P.C.; Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*, New York, Guilford.
- Rutter, M.; Hersov, L. (1977). *Child Psychiatry*, Oxford, Blackwell scientific Publications.

Kognitivno-bihevioralna procjena djece

Ivanka Živčić

Različiti postupci procjene nužan su preduvjet i dio svakog terapijskog postupka. Osim u dijagnostičke svrhe (utvrđivanje prirode ili uzroka problema), u kognitivno-bihevioralnom pristupu procjena se vrši i u cilju izbora i plana odgovarajućeg tretmana za svakog pojedinca, prognoze (predviđanja budućih ponašanja pod specifičnim uvjetima), provjere učinaka provedenog tretmana (trajnosti efekata, generaliziranja učinaka tretmana na druga područja djelovanja, provjere da li promjene u kognitivnoj sferi prate i promjene u ponašanju i sl.), kao i u istraživačke svrhe.

Razvoj kognitivno-bihevioralnih terapijskih tehnika u posljednjih desetak godina doveo je i do naglog razvoja dijagnostičkih postupaka. Često se bihevioralna, a u zadnje vrijeme i kognitivno-bihevioralna procjena suprotstavlja tradicionalnoj kliničkoj procjeni, premda se one međusobno ne isključuju.

Razlike između kognitivno-bihevioralne i tradicionalne kliničke procjene

Osnovna razlika između dvaju pristupa je u shvaćanju ličnosti i ponašanja. Prema tradicionalnom shvaćanju u osnovi ličnosti leže trajna stanja i stabilne crte, a ponašanje ima značaj samo utoliko što ukazuje na uzroke koji leže u osnovi problema. Zbog toga se i pridaje veliki značaj prošlim događajima budući da se sadašnje stanje pojedinca smatra posljedicom njegovih prošlih iskustava.

S bihevioralnog aspekta ličnost se opisuje sklopovima, a ne uzrocima ponašanja, dok se samo ponašanje smatra odrazom momentalnih podražaja u okolini, bilo vanorganizmičkih, bilo unutarorganizmičkih (kognitivne ili afektivne prirode).

Tradicionalno shvaćanje ličnosti kao odraza stabilnih i trajnih crta podrazumijeva stalnost ponašaja pojedinca tijekom vremena i u različitim situacijama. Naprotiv, bihevioralni pristup upravo naglašava situacijsku specifičnost ponašanja što zahtijeva procjenu uzoraka ponašanja u velikom broju različitih situacija. Nekonzistentnosti tako dobivenih podataka nalažu i potrebu višestrukih procjena u istim situacijama.

U skladu s razlikama u teoretskom shvaćanju ličnosti, razlikuju se i metode za procjenu ponašanja. U bihevioralnom pristupu naglasak je na izravnim metodama procjene (npr. opažanje ponašanja u prirodnoj sredini) i to: prije, u toku i nakon provedenog tretmana.

Tradicionalni pristup pretežno koristi indirektno metode (intervju, samoizvještaje i sl.) i to uglavnom prije tretmana u svrhu postavljanja dijagnoze, a samo eventualno i nakon tretmana. Pri tome je bihevioralna procjena znatno sveobuhvatnija, uključuje veći broj varijabli i vrlo specifične mjere (problemno ponašanje u različitim situacijama, njegove popratne efekte, kontekst u kojem se javlja, prednosti i nedostatke koje ima za pojedinca i td.). Dok bihevioralno-kognitivna procjena često kreira i prolagođuje instrumente za procjenu konkretnom pojedincu i njegovom problemu, tradicionalna procjena koristi standardne postupke, nezavisno o samom problemu i osobi koja traži pomoć.

U posljednje vrijeme sve je teže razlikovati tehnike tradicionalne i bihevioralne procjene te se može reći da je razlika uočljivija u načinu korištenja dobivenih podataka, nego u samim

promijenjenim metodama. Naime, u bihevioralnoj procjeni podaci se ne koriste za utvrđivanje funkcija ličnosti koje leže u osnovi problema te za postavljanje dijagnoze ili klasifikaciju, već za preciznu identifikaciju problema, kao i utvrđivanje varijabli koje potiču i podržavaju problemno ponašanje u pojedinim situacijama.

Metode kognitivno-bihevioralne procjene

Haynes (1984) grupira sve metode bihevioralne procjene u 3 cjeline:

- 1) **U prvu grupu** ubraja metode koje se najčešće koriste, a primarno su povezane s bihevioralnim teorijskim postavkama. Toj skupini pripadaju:
 - opažanje u prirodnim situacijama - najčešće od strane osoba koje su prirodno prisutne u problemnoj situaciji (roditelji, bračni drug i sl.);
 - sistematsko opažanje u analognim situacijama, kojim se izbjegava vremenska neekonomičnost opažanja u prirodnim uvjetima (npr. opažanje u kliničkoj situaciji, igranje uloga i sl.);
 - opažanje i bilježenje vlastitog ponašanja (self-monitoring) - zbog jake posljedične djelotvornosti ponekad se koristi i kao metoda terapijske intervencije;
 - psihofiziološka mjerenja (snimanje moždanih valova, pokreta očiju, tjelesne temperature, krvnog tlaka i pulsa, mišićne napetosti, disanja, elektrodermalne reakcije i td.). Ova je metoda posebno pogodna za mjerenja u nekim specifičnim medicinsko-psihološkim poremećajima (kao što su glavobolje, migrene, esencijalna hipertenzija, dermatitis, nesаница, seksualni poremećaji, gastrointestinalni poremećaji, diabetes, bol); kao i za neke specifične psihološke poremećaje (govorna anksioznost, pušenje, hiperaktivnost, fobije, opsesivno-kompulsivni poremećaji, socijalna anksioznost i depresija).! neke tehnike bihevioralne intervencije zasnivaju se na pokušaju modificiranja fiziološkog funkcioniranja pojedinca (npr. biofeedback, trening relaksacije, desenzitizacija, operantno kondicioniranje fizioloških reakcija i td.).
- 2) **Drugu grupu** čine instrumenti koji su preuzeti iz tradicionalne kliničke dijagnostike, kao što su intervju, upitnici i testovi. Međutim, takvi postupci su prilagođeni bihevioralnoj procjeni. Tako je npr., za razliku od tradicionalnog, bihevioralni intervju sustavniji i bolje strukturiran. Usmjeren je na ponašanje i odnose pojedinca s okolinom, više pažnje posvećuje sadašnjim nego prošlim događajima, kao i uzrocima varijacija u ponašanju u različitim situacijama. Podrazumijeva i dobivanje kvantitativnih podataka o ponašanju. Pored standardnih testova i upitnika, bihevioralni pristup je također doveo do izrade brojnih specifičnih upitnika i skala procjene usmjerenih na konkretno problemno ponašanje.
- 3) **Treću skupinu** čine rjeđe korišteni instrumenti nastali u skladu s bihevioralnom teorijom. Tu se ubrajaju:
 - različita mjerenja produkata i učinaka (npr. brojenje žetona za primjerena ponašanja kod agresivne djece; mjerenje težine kod gojaznih osoba; ocjene ili naučeno gradivo kod adolescenata s poteškoćama u učenju i sl.). Takvi se podaci lako prikupljaju, bezopasni su za pacijenta, ali mogu biti nedovoljno osjetljivi na promjene ponašanja u toku tretmana. Osim toga, budući da su pod utjecajem različitih činitelja, promjene

je teško pripisati samo jednom specifičnom utjecaju.

- manipuliranje pretpostavljenim kontrolirajućim varijablama u okolini (npr. različitim reagiranjem roditelja na impulsivno ponašanje djeteta). Ova metoda omogućuje provjeravanje pretpostavljenih uzročnih i posljedičnih kontrolirajućih varijabli.
- prikupljanje uzoraka kritičnih događaja, tj. registriranje problemnog ponašanja u prirodnoj sredini (npr. snimanje bračnih sukoba ili sukoba adolescenta s roditeljima na magnetofonsku traku). Ova je metoda vrlo nepraktična, a ne omogućuje niti psihometrijsku evaluaciju (nemogućnost procjene pogreške), pa se i rijetko koristi. Osim toga, pokazalo se da je postupak podložan značajnom reaktivnom efektu (prema Follingstad i Haynes, 1981.).

Suvremena kognitivno-bihevioralna procjena naglašava, pored uzoraka specifičnih ponašanja, i procjenu nekih kognitivnih procesa (kao npr. uvjerenja, očekivanja, sposobnosti rješavanja problema). Kod djece se osobita pažnja pridaje usvajanju procesa mišljenja.

Kendall (1983) navodi da je u zadnje vrijeme interes posebo usmjeren na mjerenje iracionalnih vjerovanja, atribucija i sebi usmjerenog govora (self-referent speech) za koje se pretpostavlja da su uključeni u prilagodbu ponašanja. Pri tome se kod odraslih najčešće utvrđuje prisutnost kognitivnih distorzija, i to:

- **kognitivnih pogrešaka** (npr. kriva percepcija posljedica vlastitog ponašanja kod depresivnih pacijenata); ili
- **kognitivnih ekscesa** (npr. neumjereno, pretjerano opterećivanje istim mislima kod opsesivnih pacijenata).

Budući da se kod djece najčešće radi o nerazvijenosti ili nedovoljnoj razvijenosti pojedinih kognitivnih vještina, uglavnom se utvrđuju **kognitivni deficiti** (npr. nedostatak razmišljanja kod impulsivne djece).

Specifičnosti kognitivno-bihevioralne procjene djece

Osnovni zahtjev koji se postavlja pred instrumente za dijagnostičku procjenu djece je osjetljivost na nagle i neujednačene razvojne promjene. Upravo prisutnost brzih promjena u toku razvoja djeteta naglašava važnost izbora ponašanja za procjenjivanje te izbora referencične grupe za usporedbu. Osim što ponašanje djece varira s uzrastom, uočava se i značajna neujednačenost ponašanja unutar iste dobne grupe. Tako je npr. utvrđeno da se isti poremećaj može različito manifestirati kod dječaka i djevojčica, kao i daje stabilnost nekih dimenzija ličnosti veća kod dječaka nego kod djevojčica (prema Mash i Terdal, 1988).

Dok je ponašanje odraslih osoba nezavisnije, ponašanje djece je pod jakom i neposrednom socijalnom kontrolom, prvenstveno roditelja i vršnjaka. Zbog toga bihevioralno-kognitivna procjena djece zahtijeva i procjenu obiteljskog, socijalnog i kulturalnog okružja u kojem se problemno ponašanje javlja. Naglašava se i važnost određivanja „funkcije“ konkretnog ponašanja, tj. kakvu korist ono donosi djetetu (npr. nemirnim ili agresivnim ponašanjem dobiva željenu pažnju odraslih osoba).

Berard i Joyce (1984) razlikuju dvije faze u dijagnostičkoj procjeni djece:

- 1) prepoznavanje problema;
- 2) analiza problema.

U prvoj fazi utvrđuje se da li problem uopće postoji ili je dolazak psihologu samo posljedica krive percepcije situacije, odnosno nerealnih očekivanja roditelja (npr. roditelj dolazi radi „problema“ nekontroliranog mokrenja kod dvogodišnjeg djeteta).

Ako se problem uoči, utvrđuje se da li je primarno prisutan kod djeteta ili kod roditelja i tko je osoba koja treba ostati u tretmanu. Procjenjuje se koliko je problem atipičan za djetetovu dobnu i kulturalnu referencičnu grupu te da li je kroničan ili se radi o reakciji na akutni stres. Nadalje, utvrđuje se da li je dovoljno ozbiljan da zahtijeva intervenciju (savjetovanje ili terapiju) te koji bi terapijski pristup bio najprikladniji.

Procjenjuje se također da li je problem više praktične ili psihološke prirode. Naime, praktični problemi su odraz poteškoća u prilagodbi ili ovladavanju okolinom, ili poteškoća u rješavanju nekih konkretnih problema i obično ne zahtijevaju psihologijski tretman. Nasuprot tome, psihološki problemi predstavljaju nefunkcionalne emocionalne reakcije (npr. intenzivna anksioznost, bijes, depresija ili krivnja) uz neprilagođene reakcije kao što su agresija, povlačenje, odgađanje i sl. Ova vrsta problema najčešće zahtijeva psihologijski tretman, kako bi se njihovim rješavanjem povećala sposobnost pojedinca za samostalno rješavanje različitih praktičnih problema na koje nailazi.

U drugoj fazi dijagnostičke procjene vrši se detaljna analiza problema kojim se utvrđuje učestalost, intenzitet i trajanje ponašanja u različitim situacijama:

- gdje se problem obično javlja, a gdje ne;
- u kontaktu s kojim osobama;
- da li postoje određeni dani u tjednu ili sati u danu kada je najizraženiji;
- diskriminativni podražaji koji prethode problemu;
- posljedice u okolini (reakcije koje potkrepljuju problemno ponašanje).

Već iz ovog uvodnog dijela uočljivo je daje kognitivno-bihevioralna procjena djece u pravilu multimetodska, tj. podrazumijeva primjenu niza različitih postupaka i tehnika. Osim toga, potreba ponavljanja procjene dječjeg ponašanja u različitim situacijama nameće zahtjev za metodama koje prate razvojne promjene, ali koje su istovremeno relativno neosjetljive na efekte same primjene tehnike.

U nastavku teksta pokušat ćemo prikazati osnovne karakteristike najčešće korištenih metoda procjene u radu s djecom. Ni u kojem slučaju ne možemo obuhvatiti sve, budući da upravo kognitivno-bihevioralni pristup nalaže potrebu izrade specifičnih instrumenata prilagođenih konkretnim situacijama i ponašanjima koja su od posebnog interesa.

PRIKAZ METODA

Intervju

Dijagnostički postupak za procjenu ponašanja djece najčešće započinje intervjuiranjem roditelja koji dovode dijete na tretman. Pri tome se nastoje prikupiti podaci o specifičnostima problema djeteta, trajanju takvog ponašanja, prirodi događaja koji mu prethode, situacijama u kojima se ono javlja, kao i o prethodnim pokušajima da se problem riješi. Ullman i Krasner (1975) naglašavaju važnost pitanja „*koji*“ - **koja ponašanja** su problem, **u kojim situacijama** se javljaju i **s kojim** **posljedicama**.

Od roditelja se traže i relevantni podaci o ranom razvoju djeteta, eventualnim odvajanjima, temperamentu, odnosu roditelj-dijete, te prisutnosti različitih stresova u obitelji (bolesti, rastava braka roditelja, smrt članova uže porodice i sl.).

Osim podataka o djetetu, prikupljaju se i informacije o očekivanjima roditelja, njihovim brigama, ciljevima, percepciji problema djeteta, kao i o njihovim emocijama i reakcijama u odnosu na problem. Procjenjuje se i emocionalni kapacitet roditelja, tj. kolika je njihova spremnost za aktivno uključivanje u tretman, a koliko i sami trebaju pomoć.

U toku intervjua s roditeljima zajednički se osmišljava plan specifičnog tretmana i postavljaju realistični ciljevi o očekivanom ishodu.

Brojne su primjedbe psihometričara o metrijskim karakteristikama intervjua kao dijagnostičke metode. Istraživanja Hoggarda i sur. (prema Martin, 1986) o pouzdanosti podataka koje roditelji daju o svojoj djeci ukazuju da se neke činjenice pamte bolje (npr. o porođajnoj težini i dužini), dok su podaci o osjećajima, stavovima i željama manje pouzdani (korelacija procjene anksioznosti roditelja povodom rođenja djeteta nakon jedne i nakon šest godina iznosi $r=.21$).

Rezultati istraživanja Yarrowa i sur. (prema Martin, 1986) ukazuju da su greške koje roditelji prave pri navođenju podataka o razvoju djece u pravilu usmjerene davanju pozitivnijih procjena (npr. da je dijete ranije usvojilo neke navike i vještine), dok su podaci o problematičnom ponašanju obično pristrani u smjeru socijalne poželjnosti. Autori smatraju da su takve greške posljedica uključivanja vlastite ličnosti roditelja u ponašanje djeteta.

Palmer (193) pak navodi da neki roditelji preuveličavaju simptome djeteta kako bi time privukli interes terapeuta, te da bi se psihološki distancirali od samog problema i umanjili vlastitu odgovornost.

Premda im se često pripisuje nedovoljna pouzdanost i valjanost, podaci dobiveni razgovorom s roditeljima nezaobilazan su dio dijagnostičke procjene budući da upravo percepcija roditelja o problemu najčešće određuje što će se s djetetom poduzeti. Zbog toga psiholozima preostaje jedino da podatke učine što upotrebljivima. Valjanost podataka može se donekle povećati zahtjevom za davanjem što svježijih informacija, te što detaljnijem i jasnijem opisu ponašanja.

S obzirom da probleme djece u pravilu prepoznaju odrasli, kliničkim psiholozima češće se dovode djeca koja manifestiraju probleme u ponašanju (osobito hiperaktivnost ili agresivnost kao posebno iritirajuća ponašanja za okolinu), a rjeđe djeca s različitim „unutarnjim“ emocionalnim problemima. Zbog toga se nerijetko događa da ona ne doživljavaju subjektivnu nelagodu i ne osjećaju potrebu za pomoći, a ponekad i ne razumiju razlog dolaska i provođenja dijagnostičkog postupka. **Intervju sa samim djetetom** može nam zato pružiti niz dragocjenih informacija, a prvenstveno nam omogućuje uvid u djetetovo viđenje problema.

Kendall i Braswell (1985) preporučuju da se u toku razgovora s djetetom procijeni da li uočene poteškoće odražavaju:

- **nedostatak vještina** - dijete ne razumije u čemu je problem ili ne izvodi željeno ponašanje (npr. neusvojene higijenske navike; nesamostalnost u učenju)
- **neusklađena očekivanja** djeteta i njegove okoline - dijete razumije problem i ima

usvojena željena ponašanja, ali ne zna što se od njega očekuje u problemnoj situaciji (npr. neadekvatne socijalne vještine)

- **problem motivacije** - dijete razumije problem i zna što se očekuje, ali nije adekvatno nagrađeno za željeno ponašanje (npr. neizvršavanje školskih obaveza).

Mnogi autori smatraju da intervju s djecom mlađom od 6 godina ne osigurava upotrebljive podatke (Atkinson i Forehand, 1981; Barkley, 1981 - prema Martin, 1986).

Palmer (1983) navodi niz problema pri intervjuiranju mlađe djece. Često se uočava opća tendencija brkanja vremenskog slijeda događaja. Nadalje, djeca u znatno većoj mjeri nego odrasli mijesaju želje i činjenice, tako da je ponekad nemoguće uočiti razliku. Osim toga, istim događajima daju bitno različitu težinu nego odrasli.

Usprkos navedenim problemima, Martin (1986) smatra da još uvijek postoje dovoljno valjani razlozi za primjenu tehnike intervjuiranja djece. Smatra da se ona često manje ustežu od odraslih da govore o obiteljskim stvarima, te na taj način osiguravaju vrlo dragocjene podatke. Osim toga, dobiva se uvid u procese mišljenja i emocije djeteta, što teško spoznajemo drugim metodama.

U cilju prilagođavanja razini razvoja djeteta Paget i Raybuck (1985) daju sljedeće sugestije:

- pri intervjuiranju mlađe djece koristiti jednostavne verbalne konstrukcije;
- kroz pitanja varirati samo po jednu relevantnu dimenziju;
- djeci nuditi različite alternative umjesto postavljanja mnoštva otvorenih pitanja.

Radi lakšeg uspostavljanja kontakta i mogućnosti dobivanja podataka, u radu s manjom djecom mogu se koristiti crteži, kao i različite priče o djetetu istog spola i dobi sa sličnim problemom (pretpostavlja se da se dijete projicira u lik iz priče) i sl.

Osim pružanja mogućnosti dolaženja do relevantnih podataka, intervju s roditeljima i s djetetom ima važnu ulogu i u uspostavljanju odnosa terapeuta s djetetom i njegovom obitelji.

Skale procjena

Osim podataka dobivenih u toku razgovora, od roditelja se ponekad traže strukturirani pismeni izvještaji o ponašanju djeteta, u obliku različitih ček-lista (binarnih procjena o prisutnosti nekog ponašanja) ili skala procjene (procjena stupnja u kojem se ponašanje smatra odstupajućim, na skalama Likertovog tipa).

Tako npr. u upitniku Lachara i sur. ((1984) roditelj treba za niz navedenih tvrdnji označiti da li odgovaraju njegovom djetetu ili ne (izjavom točno-netočno).

Primjer tvrdnji:

<i>Moje dijete se lako zbuni</i>	T	N
<i>Moje dijete se obično igra samo</i>	T	N
<i>Moje dijete se boji sitnih predmeta</i>	T	N

U skali procjene za nastavnike traži se procjena učestalosti ponašanja kod pojedinog djeteta. Npr.:

slijedi zadane upute

gotovo nikada 1 2 3 4 5 gotovo uvijek

impulsivan

gotovo nikada 1 2 3 4 5 gotovo uvijek

Ovakve skale daju globalan uvid u dječje ponašanje i mogu ukazati na neke specifičnosti koje ne bi bile obuhvaćene intervjuom. Njihova je primjena vremenski vrlo ekonomična. Dragocjeni su i podaci dobiveni usporedbom procjena koje daju oba roditelja, kao i procjena drugih značajnih osoba (najčešće nastavnika i odgajatelja). Achenbach i ETdelbrock su utvrdili da korelacije između procjena očeva i majki na istim skalama variraju između .40 i .60 (prema Martin, 1986).

Neslaganje među procjenjivačima može biti odraz različitog razumijevanja tvrdnji, nejednakog iskustva s djetetom, kao i različite razine tolerancije i očekivanja o ponašanju djeteta. Međutim, nesklad u procjenama pojedinih procjenjivača može biti uzrokovan i njihovim poznavanjem ponašanja djeteta u ograničenim situacijama (npr. samo u školi ili samo u obitelji). Premda te varijacije u procjenama umanjuju metrijsku vrijednost skala, one mogu biti klinički vrlo značajne za utvrđivanje promjena u ponašanju djeteta izazvanih različitim sredinama.

Skale procjene često se koriste i u cilju evaluacije tretmana, kao i procjene promjena problemnog ponašanja u toku terapije (npr. procjena poboljšanja na skali od 7 stupjeva).

U cilju povećanja pouzdanosti i valjanosti skala procjene nužno je:

- što operacionalnije definirati ponašanje;
- koristiti jasno određene točke za procjenu učestalosti, trajanja ili intenziteta određenog ponašanja;
- upotrijebiti više od dvije referenične točke koje kvantificiraju ponašanje;
- poželjno je da dijete procjenjuje osoba koja ima dobru mogućnost da ga opaža;
- po mogućnosti uključiti više od jednog procjenjivača koji jednako dobro poznaju dijete.

Do danas je konstruiran vrlo velik broj ček-lista i skala za procjenu problemnog ponašanja djece. U literaturi se češće navode: Conner's Parent Rating Scale i Conner's Teacher Rating Scale (Goyette i sur., 1978); Child Behavior Checklist (Achenbach i Edelbrock, 1983 - prema Barkley, 1988); The Preschool Behavior Questionnaire (Behar i Stringfield, 1974); Personality Inventory for Children (Lachar i sur., 1984).

Na žalost, većina ovih skala nije prevedena i prilagođena našoj populaciji djece. Osim toga, neophodan uvjet za primjenu skala procjene je izrada odgovarajućih normi na refereničnoj grupi djece jer u protivnom procjene ne pružaju upotrebljive podatke.

Neke od navedenih skala (npr. Achenbach Child Behavior Checklist, Conner's Parent and Teacher Rating Scale, PIC) pokrivaju dosta širok raspon dobi djece (predškolski i osnovnoškolski uzrast). Premda naizgled praktične, takve skale često sadrže i tvrdnje koje nisu primjenjive za svaki uzrast što unosi zabunu kod procjenjivača i dilemu da li skala uopće odgovara djetetu koje procjenjuju. U praksi su se pokazale upotrebljivima skale koje

su usmjerene na uži segment ponašanja djeteta, kao i na manji raspon dobi. Tako je za potrebe otkrivanja djece s problemima ponašanja na predškolskom uzrastu konstruirana Skala agresivnosti i hiperaktivnosti (Zivčić i Bezinović, 1987) s utvrđenim normama za djecu starijeg predškolskog uzrasta naše gradske populacije.

Dok navedene skale ukazuju na problemna ponašanja djece, neke skale procjenjuju normalno distribuirane dimenzije u populaciji zdrave djece (npr. Devitt Behavior Style Questionnaire, McDevitt i Carey, 1978).

Za potrebe kognitivno-bihevioralnog tretmana djece konstruirane su i skale za procjenu nekih kognitivnih aspekata u ponašanju djece, kao npr.: skala za procjenu kognitivne i bihevioralne samokontrole (Kendall i Wilcox, 1979); skala za procjenu nastavnika o osobnoj i socijalnoj kompetentnosti djeteta (Gesten, 1976); skala za procjenu ponašanja koja ometaju školska postignuća (Walker, 1970 - prema Kendall i sur., 1981).

Pored procjena o ponašanju djeteta, ponekad se primjenjuju i samoprocjene o različitom roditeljskom ponašanju, korištenju disciplinskih mjera, mišljenju i emocijama roditelja i sl. Tako su konstruirane skale za procjenu općeg stava o odgoju djece, zadovoljstva s obzirom na bračnu podršku i odnos roditelj-dijete, skale samopoštovanja roditelja (percepcija vlastite efikasnosti u ulozi roditelja), očekivanja o razvoju i adekvatnom ponašanju djeteta, atribucija o uzrocima dječjeg ponašanja i td. (prema Mash i Terdal, 1988).

Samoprocjene

Usprkos brojnim primjedbama o neprimjerenosti u radu s djecom, te relativno niskoj pouzdanosti i valjanosti, u kognitivno-bihevioralnoj analizi koriste se i samoprocjene djece i to u vidu:

- samoizvještaja (self-report tehnika), najčešće upitnika i skala procjene i
- self-monitoringa.

Njihova se psihometrijska vrijednost donekle povećava traženjem izvještaja o vrlo specifičnim ponašanjima u konkretnim situacijama.

Kendall i Braswell (1985) smatraju da je za potrebe kognitivno-bihevioralnog tretmana djece najvažnije procijeniti očekivanja djeteta o vlastitoj samoefikasnosti i o internalnom/eksternalnom lokusu kontrole, atribucije koje dijete pripisuje vlastitom ponašanju, te različite dimenzije samopoimanja.

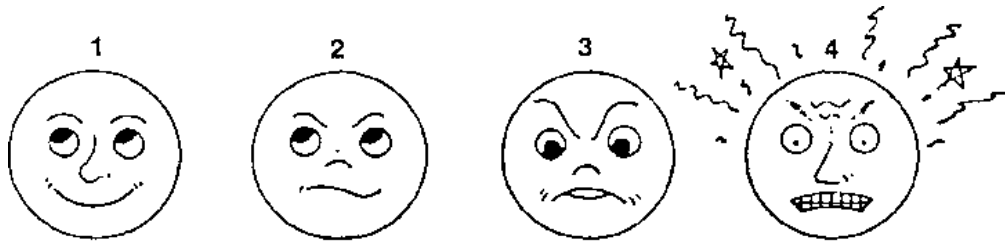
Konstruiran je niz instrumenata za samoprocjenu djece: Children s Manifest Anxiety Scale (Gottman, 1985); Children's Depression Inventory (Kovacs, 1981); Social Anxiety Scale for Children (La Greca i sur., 1988); Children's Fear Survey Schedule (Ryall i Dietiker, 1979); Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1981); The Perceived Competence Scale for Children (Harter, 1982) i td.

Za manju djecu izrađene su skale sa slikovnim opisom pojedinih stupnjeva na skali, kao npr. upitnik za ispitivanje bijesa Nelsona i Fincha (prema Schwartz i Johnson, 1983), ili termometar sreće (prema Mahoney, 1980).

Primjer tvrdnje iz upitnika za ispitivanje bijesa:

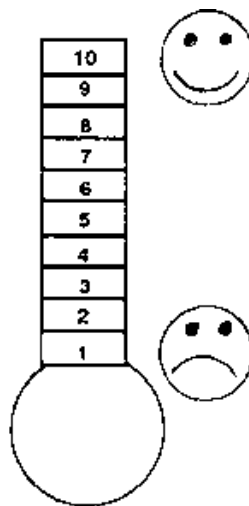
„Sestra je slomila tvoju omiljenu igračku nakon što si je zamolio da se ne igra njome. Kako se osjećaš?“

Odgovori se daju na slikovnoj skali od 4 stupnja (1 = nije me briga; 4 = bijesan sam).



Primjer odgovora na Skali za ispitivanje bijesa

Na termometru sreće dijete treba na grafičkoj skali od 10 stupnjeva procijeniti kako se danas osjeća:



Termometar sreće

Za razliku od upitnika i skala procjene, self-monitoring se ubraja u direktne metode budući da se radi o opažanju i sistematskom bilježenju klinički relevantnog vlastitog ponašanja u vrijeme kad se ono stvarno odvija. Najčešće se unaprijed izrađuju tablice u koje dijete samo unosi oznake (npr. frekvenciju ili trajanje ponašanja). Pri tome je neophodno:

- precizno i jasno definirati ponašanje (npr. ustajanje od stola za vrijeme nastave; upadanje u riječ u vrijeme dok nastavnik govori i sl.);
- način bilježenja mora biti jednostavan i djetetu pristupačan;
- osigurati uvježbavanje bilježenja, kao i potkrepljenje za dobro vođene bilješke;
- dijete treba evidentirati samo jedno ili najviše dva ponašanja istovremeno (ovisno o uzrastu djeteta i složenosti ponašanja).

Ova je tehnika gotovo neprimjenjiva kod vrlo male djece. Na starijem predškolskom uzrastu, prije nego dijete savlada pisani govor, koriste se crteži koji opisuju ponašanje (npr. uplakano ili bijesno lice i sl.), a dijete samo registrira frekvenciju javljanja na dogovoreni način.

Pored već spominjanih problema pouzdanosti i valjanosti tako dobivenih podataka, te

problema motiviranja djeteta za točno vođenje bilješki, kod ove se tehnike javlja i tzv. efekt reaktivnosti. Naime, samo vođenje bilješki može dovesti do promjena u ponašanju. Najčešće se događa da socijalno poželjna ponašanja (npr. navike učenja, socijalne vještine) postaju učestalija, dok se socijalno nepoželjna ponašanja (npr. agresivne reakcije, tikovi i sl) prorjeđuju. Utvrđeno je da su promjene u ponašanju to izraženije što je nametljiviji način bilježenja (prema Ollendick i Meador, 1984).

Premda izvještaji djeteta o vlastitom ponašanju daju izrazito važne informacije teško dostupne primjenom drugih tehnika, zaključci o problemu djeteta nikako se ne smiju donositi samo na osnovi njegovih samoprocjena.

Opazanje

Glavni doprinos bihevioralnog pristupa procjeni i tretmanu djece predstavlja direktno opazanje ponašanja u prirodnim uvjetima. Smatra se da ono omogućuje dolaženje do pouzdanijih i valjanijih podataka u odnosu na druge metode procjene, budući da je manje pod utjecajem socijalne pristranosti i distorzije u usporedbi s verbalnim izvještajima (bilo djece, roditelja ili nastavnika). Budući da većina djece predškolskog uzrasta ne može smisleno reagirati r.a primjenu samoizvještaja i sličnih tehnika, ono je osobito pogodno u radu s mlađom djecom. Pored toga, mlađa djeca su manje ometana prisustvom opažača nego starija djeca ili odrasle osobe.

Međutim, ova tehnika skriva i mnoštvo problema. Upravo zbog svoje relativne i površinske jednostavnosti, često može biti zloupotrijebljena pa nesistematsko opazanje može dovesti do pogrešnih zaključaka o ponašanju djeteta. Spomenut ćemo najnužnije mjere opreza u primjeni ove tehnike.

Budući da se ponašanje djece brzo mijenja, opazanje se mora ponavljano provoditi u nizu situacija. Osim toga, kako je ono u značajnoj mjeri određeno kontekstom, potrebno ga je procjenjivati u različitim situacijama (vrtić/škola, obitelj i sl.). Tako su razvijeni neki oblici sistematskog opazanja djece u vrlo specifičnim situacijama, kao npr. za opazanje separacione anksioznosti djece u vrtiću (Glennon i Weisz, 1978); za opazanje socijalne interakcije djece za vrijeme slobodne igre (Todd, Hudson i Greenwood, 1978 - prema Martin, 1986).

Osnovni zahtjev za provođenje opazanja je operacionaliziranje ponašanja (npr. otimanje igračke iz ruku drugog djeteta za vrijeme slobodne igre u sobi dječjeg vrtića), te da se ono opaža i bilježi na sistematičan način, na unaprijed pripremljenom protokolu (vidi primjer u prilogu).

Neophodno je odrediti vremenski interval u kojem će se vršiti opazanje. Tu se javlja problem opazanja ponašaja s niskom frekvencijom javljanja (npr. nekontrolirano mokrenje, povraćanje i sl.). U takvim slučajevima mogu se koristiti podučeni opažači koji su prirodno prisutni u situaciji (npr. roditelji) ili se ponašanje opaža u simuliranoj situaciji (npr. registriranje agresivnih reakcija u simuliranoj situaciji otimanja omiljene igračke).

Potrebno je točno definirati situacije u kojima će se ciljano ponašanje opažati. Pri tome je korisno istovremeno bilježiti događaje koji neposredno prethode i koji slijede problemno ponašanje (npr. reakcije vršnjaka ili roditelja).

Dodatni problem predstavlja utjecaj prisustva opažača na ponašanje djeteta i to najčešće u smjeru socijalne poželjnosti. Efekt prisustva opažača može se smanjiti dužim boravkom

opažača u grupi djece. Utvrđeno je da se efekt reaktivnosti uočava u toku prvih šest susreta, a nakon toga je gotovo zanemariv (Johnson i Lobitz, 1974 - prema Ollendick i Meador, 1984).

Herbert (1987) predlaže sljedeće postupke kojima se mogu smanjiti ili kontrolirati reaktivni efekti opažanja:

- korištenje uobičajenih opažača u prirodnoj situaciji
- upotreba prikrivenog opažanja (kroz poluprovidno staklo)
- instrukcija subjektima da se „normalno“ ponašaju
- smanjenje nametljivosti opažača i procesa opažanja (npr. spontanom uključivanjem u aktivnosti djece)
- upotreba tehničkih pomagala (magnetofona, video-kamera, telemetara i sl.)
- upotreba više opažača ili postupaka kojima se međusobno poništava efekt opažanja
- smanjivanje reaktivnosti produženim periodom opažanja.
- Mash i Terdal (1988) smatraju da na objektivnost i pouzdanost podataka dobivenih opažanjem utječu:
 - karakteristike sistema bilježenja (broj kategorija, kompleksnost);
 - karakteristike ponašanja koje se opaža (učestalost javljanja, složenost);
 - karakteristike opažača (dob, spol, pristranost);
 - način sumiranja i interpretacije dobivenih podataka.

Autori postavljaju tri minimalna kriterija bez kojih se niti jedno opažanje ne bi smjelo provoditi, a to su:

- objektivnost (postignuta korištenjem barem dva opažača);
- međusobna isključivost kategorija ponašanja koje se opaža;
- osiguravanja podataka koji se mogu podvrći objektivnoj analizi.

Premda direktna i jedna od najdragocjenijih metoda procjene u kognitivno-bihevioralnoj analizi djece, opažanje ima i specifičnih nedostataka. Naime, usmjeravanje pažnje samo na određena odvojena ponašanja može nas zavesti, budući da ona imaju značaj samo ako se promatraju u kontekstu dužeg kontinuiranog ili diskontinuiranog lanca ponašanja. Osim toga, neke se psihološki veoma važne varijable vrlo teško mogu pouzdano i bilježiti (npr. povjerenje u druge, smisao za humor i sl.).

Metoda opažanja je vremenski vrlo neekonomična, osobito u onim situacijama koje zahtijevaju intenzivno uvježbavanje opažača. Osim toga, problemi izjednačavanja uvjeta za opažanje (npr. veličina, opremljenost prostorije i sl.) onemogućavaju utvrđivanje normativnih podataka za određeno problemno ponašanje.

Mjere postignuća

U sklopu kognitivno-bihevioralne procjene koriste se i različite mjere postignuća pri čemu se pažnja ne pridaje samo rješenjima zadataka, već i opažanju načina na koji dijete

dolazi do rješenja. Procjenjuju se pojedine kognitivne sposobnosti, kao i razine metakognitivnog razvoja. Pored upotrebe dijelova već postojećih kognitivnih testova, izrađen je i niz novih specifičnih instrumenata.

Kendall i sur. (1981) navode sljedeće grupe postupaka:

- postupci **procjene socijalnog shvaćanja** - npr. procjena sposobnosti djeteta da se stavi u tuđi položaj preuzimanjem kognitivne ili afektivne uloge; procjena afektivnog razumijevanja ili empatije; procjena razvijenosti pojmova koji odražavaju razumijevanje međuljudskih odnosa i sl.
- postupci **procjene socijalnih problema** - npr. test generiranja alternativnih rješenja međuljudskih problema (Shure i Spivack, 1978); test pažljivog planiranja postupaka za postizanje postavljenog cilja (Shure i Spivack, 1972 - prema Kendall i sur., 1981). Spivack i sur. smatraju da su upravo alternativno mišljenje (sposobnost generiranja različitih načina rješavanja problemne situacije), kao i konsekventno mišljenje (razmišljanje o posljedicama svake alternative prije reagiranja) dva osnovna medijacijska procesa povezana s nastankom i rješavanjem socijalnih problema djece i adolescenata (prema Bernard i Joce, 1984).
- postupci **procjene atribucija djeteta** - npr. test lokusa kontrole (Rotter, 1966) ili skala internalnosti/eksternalnosti (Nowicki i Strickland, 1973). Procjene atribucija igraju veoma važnu ulogu u kognitivno-bihevioralnom tretmanu jer upravo objašnjenja koja dijete pridaje ponašanju ili budućim događajima (vlastiti utjecaj, sreća i dr.) mogu značajno utjecati na efekte tretmana. Atribucije mogu biti uključene i u nastanak dječjih poremećaja (npr. tendencija depresivnog djeteta da pozitivne ishode pripisuje vanjskim, a negativne unutarnjim uzrocima).
- kognitivna procjena ponekad uključuje i postupke za **procjenu stila rješavanja problema**, kao što su Kaganov test izjednačavanja slika za procjenu brzine mišljenja (Kagan i sur., 1964) i Porteusov labirint (prema Kendall i sur., 1981).

Sociometrijske tehnike

U cilju dobivanja što obuhvatnijih podataka o odnosu vršnjaka prema djetetu problemnog ponašanja koriste se procjene sociometrijskog statusa koji odražava relativno stabilnu i važnu komponentu socijalne kompetentnosti (prema Kendall i sur., 1981). Upotrebljavaju se:

- 1) **metoda biranja** (potječe još od Morena). Budući da je utvrđeno da pozitivna i negativna biranja međusobno samo umjereno koreliraju, rezultat prihvaćanja i rezultat odbacivanja razmatraju se odvojeno. Premda je vremenski najekonomičnija, metoda biranja ima najnižu test-retest pouzdanost (osobito negativna biranja), no pouzdanost se donekle povećava s uzrastom djece (prema Hymel, 1983). U nastojanju da izbjegnu problem prisjećanja imena vršnjaka u grupi predškolske djece, McCandless i Marshall su modificirali tehniku tako da se odabir vrši odabiranjem fotografije djece.
- 2) **metoda usporedbe u parovima** (s pozitivnim ili negativnim kriterijem). Ova tehnika osigurava pouzdanije podatke uzimanjem u obzir sve djece u grupi i pružanjem više podataka o svakom djetetu, ali je vremenski prilično neekonomična. S manjom

djecom također se mogu koristiti fotografije vršnjaka.

- 3) **skale procjene (Likertovog tipa)** - vrlo praktične jer su vremenski ekonomične, a osiguravaju zadovoljavajuću pouzdanost.

Iako sve sociometrijske tehnike oduzimaju prilično vremena, one pružaju važne podatke o socijalnom položaju djeteta u grupi i njegovoj prihvaćenosti od strane vršnjaka.

Izbor metoda u dijagnostičkoj procjeni djece

Koji će od mnoštva postupaka za dijagnostičku procjenu djece biti odabrani u pojedinom slučaju zavisi o nizu faktora. Među njima Mash i Terdal (1988) navode sljedeće:

- svrha procjene (da li se radi o početnom „screeningu“ ili evaluaciji tretmana)
- priroda samog problema (da li je jasan ili prikriven; kroničan ili akutan i sl.)
- karakteristike djeteta (dob, kognitivne sposobnosti i dr.)
- karakteristike obitelji (socio-ekonomski status, obrazovanje roditelja, cjelovitost obitelji i sl.)
- situacija u kojoj se metoda primjenjuje (škola, vrtić, obitelj, klinika i sl.)
- karakteristike procjenjivača (lične preferencije, iskustvo, raspoloživo vrijeme)
- karakteristike same metode (složenost, raspoloživost tehničkim pomagalima, osjetljivost na određene intervencije i sl.).

Zaključci i preporuke

Navedeni prikaz postupaka kognitivno-bihevioralne procjene predstavlja samo uvid u ovo bogato i relativno mlado područje kliničke psihologije. Paralelno s prikazom pojedinih tehnika pokušalo se ukazati na njihove prednosti, ali i prisutna ograničenja.

Martin (1986) navodi nekoliko činilaca koji pridonose pogreškama u procjeni. Tako npr. situacija u kojoj se vrši procjena može izazvati neuobičajene emocionalne reakcije (anksioznost, obrane i sl.) koje ne predstavljaju tipičan način reagiranja djeteta. I sami upotrijebljeni instrumenti mogu izazvati pogreške mjerenja. Opažanje može biti provedeno u periodu koji ne reprezentira uobičajeno ponašanje. Na kraju, autor navodi da pristranost procjenjivača može iskriviti podatke bez obzira na primijenjenu tehniku procjene. Naime, prethodno poznavanje djeteta, kao i opća iskustva procjenjivača utječu na vjerojatnost uočavanja i zapamćivanja pojedinog ponašanja, kao i na pridavanje određenog značenja. Smatra da se pogreške mogu donekle umanjiti odabirom što valjanijih i pouzdanijih postupaka, te primjenom dviju ili više tehnika za procjenu istog aspekta ponašanja djeteta. Epstein (1980) navodi da je najbolji način kontrole pogrešaka u procjenjivanju biranja uzoraka ponašanja u što većem broju situacija.

Ollendick i Meador (1984) ukazuju na neke općenite manjkavosti većine tehnika, te daju smjernice za daljnje poboljšanje kliničke procjene djece. U prvom redu smatraju da je uloga djeteta previše zanemarena. Testovi se primjenjuju na djeci, vrše se procjene o djeci, opaža se ponašanje djece i td. Pri tome se sama djeca pasivna, kao da se pretpostavlja da su nesposobna za „aktivno oblikovanje i izražavanje vlastitih ponašanja koja su klinički značajna“.

Autori također preporučuju da se više pažnje posveti opisu i razradi instrumenata za utvrđivanje pojedinih organizmičkih varijabli.

Nadalje, ukazuju na potrebu većeg uvažavanja razvojnih faktora koji utječu na izradu, izbor i evaluaciju postupaka za procjenu ponašanja djece, lako se pri donošenju procjene najčeće uvažava stupanj razvoja djeteta, smatraju da nedostaje integracija razvojnih principa s procjenama ponašanja. U vezi s tim nagašava se i potreba povećanja valjanosti multimetodskog pristupa prilikom primjene na djeci različitog uzrasta. Naime, neki su postupci primjereniji za pojedine uzraste nego drugi, a utvrđeno je i da metrijske karakteristike istog instrumenta variraju s uzrastom djeteta na kojem se primjenjuje.

Suvremeni kognitivno-bihevioralni terapijski postupci (kao npr. trening samo-instrukcije, kognitivna restrukturacija i sl.) postavljaju zahtjev i za razvojem većeg broja razvojno osjetljivih i empirijski validiranih postupaka za procjenu kognitivnih procesa djece.

I na kraju, Rekers (1984) naglašava i neke etičke probleme dijagnostičke procjene djece: da li su djeca i u kojoj dobi sposobna davati pristanak za procjenu; da li je takav pristanak neophodan; što učiniti kada je pristanak nemoguće dobiti, kada je on nepraktičan ili čak terapijski kontraindiciran; da li svi primijenjeni postupci zadovoljavaju postavljene kriterije pouzdanosti, valjanosti i kliničke upotrebljivosti; kakva su prava roditelja i društva i td. Odgovori na velik broj pitanja se još uvijek traže.

Možemo zaključiti da je kognitivno-bihevioralna procjena djece jedno izuzetno kompleksno područje u kojem je u ovom vrlo kratkom razdoblju njegove povijesti već puno toga učinjeno. Premda još uvijek ostaju brojni problemi, otvoreni su i putevi njegova daljnjeg razvoja.

U našoj se sredini osobito osjeća nedostatak razvijenih metoda i instrumenata za kognitivno-bihevioralnu procjenu djece. Nadam se da će i ovaj članak biti poticaj za brojna istraživanja na njihovom unapređivanju.

LITERATURA

- Barkley, R.A. (1988). Attention deficit disorder with hyperactivity, u: E.J.Mash i L.G.Terdal (Eds.): Behavioral Assessment of Childhood Disorders, The Guilford Press, New York - London.
- Behar, L., Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child, *Developmental Psychology*, 10, 601-610.
- Bernard, M.D., Joyce, M.R. (1984). Rational-Emotive Therapy with Children and Adolescents, Theory, Treatment Strategies, Preventative Methods, John Wiley & Sons, New York.
- Coopersmith, S. (1981). The Antecedents of Self-Esteem, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Epstein, S. (1980). The stability of behavior II: Implications of psychological research, *American Psychologist*, 35, 790-806.
- Follingstad, D.R., Haynes, S.N. (1981). Naturalistic observation in assessment of behavioral marital therapy, *Psychological Reports*, 49, 471-479.
- Gesten, E.L. (1974). A health resources inventory: The development of a measure of the

- personal and social competence of primary-grade children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 775-786.
- Gittelman, R. (1985). Children's manifest anxiety scale, *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 933-948.
- Glennon, B., Weisz, J. (1978). An observational approach to the assessment of anxiety in young children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 1246-1257.
- Goyette, C.H., Conners, C.K., Ulrich, R.F. (1978). Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221 -236.
- Harter, S. (1982). The Perceived competence Scale for Children, *Child Development*, 87-97.
- Haynes, S.N. (1984). Behavioral Assessment of Adults, u: G.Goldstein i M.Hersen: *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York, 351-368.
- Herbert, M. (1987). *Behavioral Treatment of Children with Problems, (A Practical Manual)*, Academic Press, London.
- Hymel, S. (1983). Preschool children's peer relations: Issues in sociometric assessment, *Merrill-Palmer Quarterly*, 29, 237-260.
- Kendall, P.C. (1983). Methodology and Cognitive-Behavioral Assessment, *Behavioral Psychotherapy*, 11, 285-301.
- Kendall, P.C.; Braswell, L (1985). *Cognitive-Behavioral Therapy for Impulsive Children*, The Guilford Press, New York-London.
- Kendall, P.C., Pellegrini, D.S., Urbain, E.S. (1981). Approaches to Assessment for Cognitive-Behavioral Interventions with Children, u: P.C.Kendall i S.D.Hollon (Eds.): *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, Academic Press, New York.
- Kendall, P.C., Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1030.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess to assess depression in school-aged children, *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Lachar, D.; Gdowski, C.L., Snyder, D.K. (1984). External validation of the Personality Inventory for Children (PIC) profile and factor scales: Parent, teacher, and clinician ratings, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2,155-164.
- La Greca, M.M., Dandes, S.K, Wick, P., Shaw, K, Stone, W.L. (1988). Development of the Social anxiety scale for children: readability and concurrent validity, *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- Mahoney, M. (1980). *Abnormal Psychology*, Harper & Row Publ., San Francisco.
- Martin, R.P. (1986). Assessment of the social and emotional functioning of preschool children, *School Psychology Review*, 15, 216-232.
- Mash, E.J., Terdal, L.G. (1988). Behavioral assessment of child and family disturbance, u: E.J.Mash i L.G.Terdal (Eds.): *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*, The Guilford Press, New York-London.
- McDevitt, S.C., Carey, W.B. (1978). The measurement of temperament in 3-7 year old children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 245-253.
- Nowicki, S., Strickland, B.R. (1973). A locus of control scale for children, *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 40,148-154.

Ollendick, T.H., Meador, A.E. (1984). Behavioral assessment of children, u: G.Goldstein i M.Hersen: Handbook of Psychological Assessment, Pergamon Press, New York.

Paget, K.D., Raybuck, C. (1985). Talking with preschoolers: What to say after saying hello, *Preschool Interests*, 1, 2-3.

Palmer, J.O. (1983). *The Psychological Assessment of Children*, Wiley, New York.

Rekers, GA (1984). Ethical issues in child behavioral assessment, u: T.H.Ollendick i M.Hersen (Eds.): *Child Behavioral Assessment: Principles and Procedures*, Pergamon Press, New York.

Rotter, J.B. (1966). Generalized axpectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 30/1.

Ryall, M.R., Dietiker, K.E. (1979). Reliabiliry and clinical validity of the children s fear survey schedule, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 303-309.

Schwartz, S., Johnson, J.H. (1985). *Psychopathology of Childhood*, Pergamon Press, New York.

Ullman, LP., Krasner, L (1975). *A Psychological Approach to Abnormal Behavior*, Prentice-Hall, New York.

Živčić, I., Bezinović, P. (1987). Prikaz skale za procjenu agresivnosti i hiperaktivnosti kod djece predškolskog uzrasta, *Psihijatrija danas*, 4, 497-504.

PRIMJER

Primjenu nekih postupaka u kognitivno-bihevioralnoj dijagnostičkoj procjeni ilustrirat ćemo na primjeru hiperaktivnog dječaka starog 5,5 godina.

Problem prvi registriraju odgajatelji u dječjem vrtiću. Zamjećuju da je dječak izrazito nemiran u odnosu na ostale vršnjake u grupi.

U dijagnostičkoj procjeni primijenjeni su sljedeći postupci:

1) intervju:

- s odgajateljima
- s roditeljima
- s djetetom

2) skala procjene ponašanja djeteta:

- procjenjuju odgajatelji
- procjenjuju roditelji

3) opažanje:

- direktno opažanje u odgojnoj grupi vrtića (protokol u prilogu)
- direktno opažanje u kliničkoj situaciji
- opažanje uz pomoć prirodno prisutnih opažача (roditelja) kod kuće - protokol u prilogu

4) testovi za procjenu kognitivnog razvoja

Zbog ranog uzrasta djeteta, kao i sniženih kognitivnih sposobnosti, nije postojala mogućnost za primjenu tehnika samoprocjene.

U razgovoru s odgajateljima saznaje se da dječak nema trajnijeg prijatelja, već samo površne kontakte s vršnjacima. Njačešće se igra sam, rijetko se uključuje u zajedničke igre. Često mijenja aktivnosti, stalno je u pokretu, obilazi i gleda što druga djeca rade i često ih ometa. Odgajatelji ne mogu navesti niti jedan sadržaj koji duže privlači dječakovu pažnju. Nesamostalan je, nema usvojene osnovne vještine i navike primjerene njegovu uzrastu (svlačenje, oblačenje, pranje ruku i sl.).

Kroz intervju s roditeljima saznaje se da je dječak već kao beba bio dosta živahan, nemirno je spavao. Sada je stalno u pokretu, neposlušan je, nesamostalan, zahtjevan. Rijetko ga zainteresira neka igra ili igračka (npr. ne voli se igrati kockama, ne zanimaju ga slikovnice, ne gleda EPP, niti crtane filmove na TV). Voli se igrati na dvorištu, a u kući je „nemoguć“. Roditelji smatraju da ponašanje dječaka odstupa od ponašanja njegovih vršnjaka. Stariji sin je također bio živo dijete, ali su s njim mnogo lakše izlazili na kraj. Ne primjećuju poboljšanje u ponašanju dječaka i zabrinuti su zbog skorog početka pohađanja škole.

Na Skali agresivnosti i hiperaktivnosti odgajatelji procjenjuju dječaka kao izrazito hiperaktivnog (maksimalni broj bodova) i nešto agresivnijeg od vršnjaka. Roditelji ga također procjenjuju izrazito hiperaktivnim, ali ne i agresivnim.

Analizom protokola za opažanje ponašanja dječaka kod kuće utvrđeno je da roditelji stalnim upozorenjima i neadekvatnim reakcijama potkrepljuju njegova neželjena ponašanja.

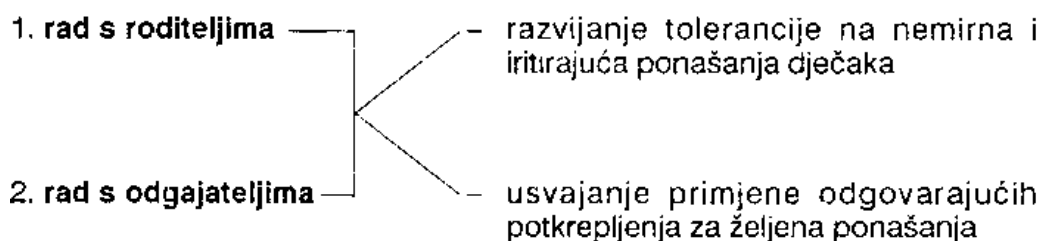
Direktnim opažanjem ponašanja u odgojnoj grupi vrtića za vrijeme slobodne i zajedničke igre uočeno je da dječak vrlo često mijenja aktivnosti. U toku 90 minuta promijenio je 54 aktivnosti, dok je prosječno zadržavanje pažnje na jednom sadržaju iznosilo 40 sekundi. Nisu uočeni specifični sadržaji koji duže privlače njegovu pažnju.

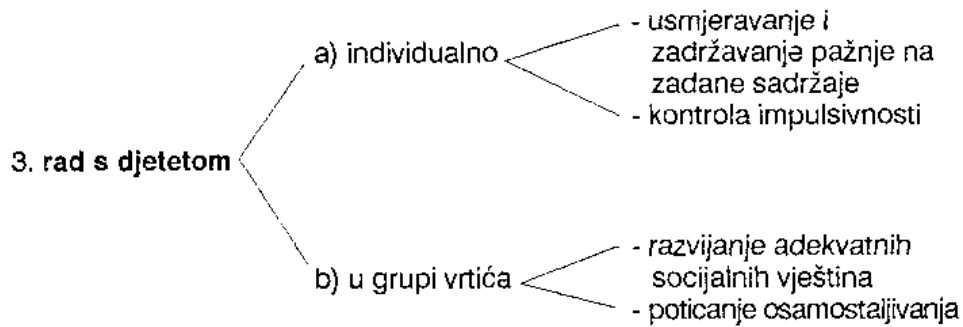
U individualnom kontaktu s psihologom dječak također manifestira izraženo nemirno ponašanje. Neprestano ustaje sa stolca, šeta po sobi, dira predmete, zapitkuje. Teško usmjerava i zadržava pažnju na zadane sadržaje. Ne pokazuje interes za igre građenja i konstruiranja, kao niti za rješavanje problema. Na testovima kognitivnih sposobnosti postiže ispodprosječne rezultate. Nema usvojene osnovne pojmove primjerene uzrastu. Iz razgovora s dječakom uočava se nezainteresiranost za intelektualne sadržaje, kao i nerazumijevanje postojećih problema u ponašanju. U skladu s navedenom analizom problema (prema Kendall i Braswell, 1985) možemo zaključiti da se radi o prvoj razini - dječak niti razumije u čemu je problem, niti izvodi željena ponašanja.

Na kraju dijagnostičkog postupka izvršena je redefinicija problema. Na osnovi dobivenih podataka zaključeno je da se radi o dječaku sniženih intelektualnih sposobnosti uz poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (prisutna je većina simptoma prema DSM-III). Čini se da nemirno ponašanje nije potaknuto samo naglašenom potrebom za privlačenjem pažnje, već stvarnom nemogućnošću koncentracije, kao i potrebom za povećanom motoričkom aktivnošću. Može se pretpostaviti da se radi o generaliziranoj, a ne samo situacionoj hiperaktivnosti.

Ovaj primjer ukazuje na neophodnost cjelovitog sagledavanja problema paralelne procjene kognitivnog razvoja i analize ponašanja djeteta. Očito je da su kod opisanog dječaka prisutna oba problema. Naime, sniženi rezultati na testovima kognitivnih sposobnosti nisu samo posljedica slabije koncentracije, kao što niti nemirno ponašanje nije isključivo posljedica usporenog psihomotornog razvoja. Izgleda da se upravo radi o isprepletenosti oba problema, te je u skladu s tim nužno kreirati plan tretmana, što je i učinjeno u dogovoru s roditeljima.

Plan tretmana usmjeren je u nekoliko pravaca:





Protokol za opažanje ponašanja dječaka u vrtiću:

Cilj opažanja: utvrditi:

- učestalost mijenjanja aktivnosti
- prosječno trajanje pažnje usmjerene na jedan sadržaj
- sadržaje koji posebno privlače dječakovu pažnju

Opazrač: student psihologije (prethodno uvježban)

Zadatak: bilježiti svaku aktivnost dječaka unutar zadanog intervala i njeno trajanje izmjereno štopericom

Mjesto: soba dnevnog boravka u vrtiću, u toku planiranih i slobodnih aktivnosti; prisutno 28 djece i 1 odgajatelj

Vrijeme: 8.00 -10.15 (interval: 2 min. praćenja, 1 min. bilježenja)

Interval	Aktivnost	Trajanje
8.00 - 8.02	- trči po sobi	20'
	- baca krpenu lopticu u zrak i hvata je	40'
	- trči	60'
8.03 - 8.05	- provlači se ispod stolova (igra "vlaka")	60'
	- sjedi odgajatelju u krilu	30'

Protokol za opažanje ponašanja dječaka kod kuće:

Cilj: utvrditi:

- učestalost negativnih ispada dječaka
- provocirajuće varijable
- potkrepljujuće reakcije roditelja

Opazrač: roditelji (uz tjedan dana probnog opažanja te naknadnu analizu i upute)

Zadatak: bilježiti karakteristične negativne reakcije dječaka u toku poslijepod - nevnog boravka s roditeljima

Mjesto: soba dnevnog boravka u stanu

Vrijeme: dnevno 2 sata u toku tjedan dana

Datum:

Situacija	Negativna reakcija	Neposredni povod	Reakcija roditelja
gledanje TV	zaklanja ekran, galami	utišivanje	vikanje
večera	prolijeva mlijeko (namjerno)	(nije uočen)	udaranje po ruci
spremanje za izlazak u posjetu koju dječak ne želi	bacanje papuča i sjedenje na podu	zahtjev da se sam obuje	ostajanje kod kuće

Evaluacija psihoterapije

Goran Milas

Problem od najvećeg značaja za psihoterapijski tretman odnosi se na njegovu efikasnost. Logički gledano, pitanje efikasnosti bi moralo predstavljati istovremeno i polaznu točku i ishodište svakog terapijskog pravca, no trebalo je dugo vremena da se ono uopće postavi.

Radovi Eysencka (1952; 1960) istakli su u prvi plan potrebu provjere terapijskog ishoda. Analizirajući velik broj postojećih podataka o provođenju psihoanalitički orijentirane i eklektičke psihoterapije, došao je do zaključka da ove vrste tretmana ni u kojoj mjeri ne pospješuju ozdravljenje pacijenata. Pokazalo se, naime, da dvije trećine neurotičnih pacijenata ozdravlja ili im se stanje značajno popravlja u roku od dvije godine, bez obzira jesu li bili podvrgnuti psihoterapiji ili ne. Stoga Eysenck zaključuje da ove psihoterapije ili uopće nisu djelotvorne ili su njihovi učinci više nego skromni. Značaj je Eysenckovih radova, bez obzira na to da li su njegovi zaključci ispravni ili ne, u naglašavanju znanstvenog pristupa procjeni terapijskih efekata.

Eksperimentalni pristup psihoterapiji

Osnovni zahtjev pri evaluaciji terapijskog ishoda predstavlja uspostavljanje uzročne veze između terapije i eventualne pozitivne promjene kod pacijenata. Ove dvije varijable, čiji se odnos istražuje, postavljene su unutar eksperimentalnog okvira kao zavisna i nezavisna. Dokazivanje uzročno posljedične veze među njima traži odgovarajuću kontrolu nad nizom vanjskih faktora koji predstavljaju prijetnju eksperimentalnoj validnosti. Valjana kontrola nad ovim faktorima omogućava nam da odgovorimo na sljedeća pitanja:

- 1) Postoji li između tretmana i ishoda uzročna veza?
- 2) Korepondiraju li nezavisna i zavisna varijabla s teorijskim konstruktom koji se ispituje?
- 3) U kojoj mjeri je dobivene rezultate moguće poopćavati?

Potrebno je razlikovati četiri osnovna tipa eksperimentalne validnosti (Kratochwill & Mace, 1983):

Validnost statističkog zaključivanja odnosi se na utvrđivanje korelativne veze terapije i ishoda, a predstavlja preduvjet za dokazivanje uzročnosti. Najčešći način utvrđivanja valjanosti ovog tipa je test značajnosti i razlika (t-test i analiza varijance). Statističko zaključivanje može dovesti do pogreške tipa I (odbacivanje nul hipoteze kada je ona ispravna) i tipa II (ostajanje pri nul hipotezi kada je ona neispravna). Do pogreške prvog tipa može doći uslijed iskrivljavanja ili nepridržavanja nekih logičkih pretpostavki statističkih testova (npr. usporedba K i E grupe u velikom broju indikatora povećava vjerojatnost pojavljivanja značajne razlike pukim slučajem). Javljanje pogreške tipa II olakšano je korištenjem statističkih testova manje snage, malim uzorkom ispitanika te niskom pouzdanošću mjerenja odnosno visokom varijancom pogreške. Mnoge od ovih propusta teško je izbjeći u kliničkim uvjetima (npr. teško je osigurati velik uzorak), ali se nekima može posvetiti veća pažnja (pouzdana mjerenje ishoda).

Interna valjanost podrazumijeva mogućnost nekog eksperimentalnog nacrtu da otkrije uzročnu vezu tretmana i ishoda, eliminirajući pritom svaku drugu interpretaciju dobivenih rezultata. Činioci koji mogu dovesti do pogrešnog zaključka o uzročnosti su raznovrsni propusti u eksperimentalnom nacrtu kao npr. nedovoljna kontrola vanjskih faktora, neuzimanje u obzir psihofizičke zrelosti ispitanika, promjene zavisne varijable izazvane samim mjerenjem, pogreška mjerenja zavisne varijable, selekcija ispitanika koja nije slučajna, osipanje ispitanika prije završnog testiranja i dr.

Konstruktna validnost predstavlja stupanj u kojem je ispunjen zahtjev da teorijski konstrukti koji se proučavaju budu adekvatno reprezentirani nezavisnom i zavisnom varijablom. Ukoliko ne postoji visoka podudarnost između teorijskog konstrukta i njegove operacionalizacije, točnost izvedenih zaključaka ne može biti izvjesna.

Eksterna validnost ukazuje na stupanj u kojem dobiveni rezultati mogu biti generalizirani. Generalizacija se može odnositi na populaciju ispitanika, poremećaja, prilika i terapeuta, unutar ili izvan same studije. Uopćavanje unutar studije tiče se pitanja mogućnosti ponavljanja mjerenja pod sličnim okolnostima. Kako je kliničar obično najviše zainteresiran za tretman koji bi bio djelotvoran u širokom spektru okolnosti koje obuhvaćaju različite značajke pacijenata, poremećaja i terapeuta, od velike je važnosti mogućnost generaliziranja rezultata van studije.

Svaki eksperimentalni nacrt morao bi voditi računa o sva četiri navedena modaliteta valjanosti, čime bi postao primjereno metodološko sredstvo za dokazivanje uspješnosti terapijskog tretmana. Minimalni standardi koje istraživački nacrt mora ispuniti kako bi postojeće prijetnje validnosti bile uklonjene, propisuje (Meehl, 1955):

- 1) Postojanje eksperimentalne i kontrolne grupe
- 2) Evaluacija prije i poslije tretmana objektivnim metodama
- 3) Praćenje perioda nakon terapije

Posebnu pažnju prilikom evaluacije zaslužuju neki specifični problemi. Prvi od njih je definiranje indikatora preko kojih će se evaluacija vršiti. Ovi indikatori mogu se podijeliti po tipu (Yates, 1970) na intrapersonalne (nivo anksioznosti, fobičnosti, depresivnosti) i interpersonalne mjere zavisne varijable (porodični odnosi, seksualna prilagođenost, odnosi na radnom mjestu). Kao izvori podataka mogu poslužiti introspekcija, skale procjene, fiziološke mjere, procjena okoline i objektivna mjerenja. Potrebno je da se vrijednosti zavisne varijable odrede prije početka, u toku i po završetku primjene tretmana. Također je poželjno da se na više nivoa i s više aspekata vrši evaluacija terapijskog postupka kako bi se došlo do pouzdanije i valjanije procjene promjene, te kako bi se utvrdilo jesu li učinci nekog tretmana generalni ili specifični.

Druga grupa problema odnosi se na činioce koji nezavisno od korištenja određene terapijske tehnike mogu utjecati na ishod te time predstavljaju glavnu prijetnju internoj validnosti. Ovi faktori mogu biti određeni uvjeti u kojima se tretman odvija, osobine terapeuta i osobine klijenata. Postoji značajan broj istraživanja koja su se bavila različitim karakteristikama terapeuta (dob, spol, iskustvo, interesi, empatija, emocionalna toplina i dr.) i pacijenata (obrazovanje, naglašenost poremećaja, nivo anksioznosti, ekstravertiranost ili sl.) kao mogućim uzročnicima odgovarajućeg ishoda. Istraživanjem Alexandera i sur., koje navodi Kazdin (1983), utvrđeno je da se otprilike 60% varijance ishoda pri tretiranju

maloljetnih delinkvenata može pripisati dvjema osnovnim latentnim dimenzijama terapeuta - dimenziji odnosa (afektivno ponašanje, emocionalna toplina i humor) strukturiranja (direktivnost i samopouzdanje). Adekvatna eksperimentalna kontrola, stoga, ima zadatak da smanji utjecaj nabrojanih varijabli (karakteristike uvjeta, terapeuta i pacijenata) na ishod, tako da grupe koje se uspoređuju budu izjednačene s obzirom na navedene varijable.

Uvjeti istraživanja

Istraživanje može biti provedeno u kliničkoj situaciji sa pravim pacijentima kao ispitanicima ili u uvjetima koji su analogni kliničkim. Drugom tipu istraživanja se pribjegava zbog etičkih problema koji se javljaju pri ispitivanju na klinici, nemogućnosti nalaženja odgovarajućeg broja ispitanika i neizvedivosti slučajnog razmještaja u K ili E grupu. Specifičnosti situacije koja „oponaša“ kliničku su (Kazdin, 1983):

- 1) Problemi kojima se terapija bavi relativno su manje izraženi
- 2) Ispitanici su najčešće studenti ili dobrovoljci
- 3) Postoje razlike u motivaciji i očekivanju ispitanika u odnosu na stvarne pacijente
- 4) Terapeuti obično nisu profesionalni kliničari već priučeni studenti viših godina ili diplomanti
- 5) Tretman je visoko specifičan, što je u kliničkim uvjetima neizvedivo

Eksperimentalna kontrola kakva se postiže u analognim uvjetima omogućuje bolji uvid u mehanizme terapijskih procesa, ali je pitanje generalizacije na stvarnu kliničku situaciju otvoreno.

Osnovni nacrti terapijske evaluacije

Evaluaciju je moguće vršiti uspoređivanjem grupa, kao u slučaju nacrt s kontrolnom grupom, placebo nacrt i komparativnog nacrt, te ispitivanjem pojedinačnog slučaja, koji će zbog posebne važnosti biti zasebno obrađen.

Nacrt s kontrolnom grupom

Najčešću paradigmu za uspostavljanje uzročne veze terapije i ishoda predstavlja nacrt s kontrolnom i eksperimentalnom (tretmanskim) grupom. Prosječna razlika u promjeni zavisne varijable među ovim grupama tumači se kao posljedica djelovanja terapije. Raspodjelu ispitanika u K ili E, grupu potrebno je obaviti putem slučaja ili njihovim izjednačavanjem po većem broju relevantnih faktora. Moguće je izjednačiti uzorke ispitanika ili ispitanike unutar uzoraka (ujednačavanjem po parovima). Relevantne varijable mogu biti tip poremećaja, dob, spol, obrazovni status, trajanje poremećaja i dr. Kada je ovakva kontrola nad vanjskim faktorima postignuta, radi se o eksperimentalnom nacrtu. Često, međutim, iz različitih razloga nije moguće ispitanike niti slučajno razvrstati u K ili E grupu, niti ih izjednačiti.

Placebo nacrt

Nacrt s netretiranom kontrolnom grupom podvrgnut je kritici iz dva razloga. Prvi se odnosi na neetičnost uskraćivanja tretmana grupi bolesnika, a drugi na nedovoljnu

izjednačenost grupe. Smatra se, naime, da ispitanici u obje grupe razvijaju različita očekivanja prema budućem oporavku. Iz toga proizilazi da se utvrđene promjene među grupama ne mogu biti pripisane isključivo djelovanju tretmana već i olakšavajućem utjecaju pozitivnih očekivanja članova E grupe. Ovi nedostaci otklanjaju se korištenjem grupa specifičnog (E) i nespecifičnog (K) tretmana. Kako bi se očuvala interna valjanost, nužno je da faktori tretmana provedenog u placebo grupi budu dio tretmana u specifičnoj grupi, što bi trebalo rezultirati podjednakim očekivanjima ispitanika obje grupe u pogledu ishoda. Razlike između dvije grupe trebale bi postojati samo u onim aspektima terapijske intervencije, koji predstavljaju bitan sastojak provjeravanog teorijskog konstrukta (Parloff, 1986).

Komparativni nacrt

Za razliku od kontrolnog i placebo nacrta koji se bave pitanjem „je li tretman djelotvoran“, komparativni nacrt bi trebao riješiti dilemu „koji tretman je bolji“. Pri korištenju ovog nacrta, dvije ili više grupa ispitanika se podvrgava različitim tretmanima, čija se efikasnost procjenjuje na temelju promjena zavisne varijable. Uvjet za korištenje ovakve istraživačke strategije je postojanje jasnog i objektivnog standarda za evaluaciju ishoda, lako različiti teorijski pravci naglašavaju različite ciljeve terapije, najčešće je moguće naći objektivne vanjske kriterije poboljšanja i izbjeći indirektnu mjere nepotvrđenih konstrukata. Kriterij se može odnositi na jedan ili više aspekata. Uobičajeno je da se neki novi tretman evaluira u odnosu na postojeći terapijski standard. Ukoliko se novi tretman pokaže boljim, može zauzeti mjesto standardnog, dok u suprotnom pitanje njegove djelotvornosti ostaje otvoreno. Moguće je, također, relativizirati osnovno pitanje na kojem počiva logika ovakvog tipa nacrta i pokušati utvrditi koja terapijska tehnika je bolja za koje probleme, koje pacijente i koje terapeute (Basham, 1986), što bi podrazumijevalo nepostojanje najboljeg tretmana za sve probleme.

Prednosti komparativnog nacrta nad ostalima su (Kazdin, 1986):

- 1) Mogućnost utvrđivanja najefikasnijeg od postojećih tretmana, kako po ishodu, tako i po trajanju, cijeni ili popratnim efektima
- 2) Mogućnost usporedbe terapijskih procesa koji leže u osnovi ishoda
- 3) Ne nailaze na etičke probleme kojima su podložni nacrti s kontrolnom grupom i placebo nacrta

Isti autor navodi i ograničenja komparativnog nacrta:

- 1) Zaključak o superiornosti određene terapije nije uvijek opravdan jer se mora voditi računa o činionicima kliničkog problema, pacijenta i terapeuta, koji svi djeluju na ishod
- 2) Komparativne studije ne bi trebale biti provođene sa tretmanima koji nisu dovoljno ispitani, tj. kod kojih se ne zna u koju ih je svrhu najbolje koristiti
- 3) Velika brojnost različitih terapijskih tehnika ograničava korisnost usporedbe samo dvije ili tri od njih
- 4) Većina komparativnih studija nije otkrila značajne razlike u efikasnosti pojedinih psihoterapija.

Različite strategije evaluacije

Postoje različiti pristupi evaluaciji terapijskih tehnika. Naglasak jednih je na otkrivanju djelotvornih metoda tretmana, a drugih na otkrivanju agensa terapijske promjene koji leže u njihovoj osnovi. Ovi pristupi se nadopunjavaju i nadovezuju se jedan na drugi u nastojanju, ne samo da dokažu djelotvornost neke tehnike, već i da, varirajući njene sastavne dijelove, ovu djelotvornost povećaju. Strategije usmjerene prema ovako definiranom cilju moguće je, prema jedinici analize, podijeliti u dvije skupine. Prva se bavi terapijom u cjelini (Treatment Package Strategy), a druga različitim tretmanskim pristupima. Druga skupina obuhvaća tri strategije - strategiju razlaganja tretmana (Dismantling Treatment Strategy), strategiju nadograđivanja tretmana (Constructive Treatment Strategy) i parametrijsku strategiju (Parametric Treatment Strategy).

Ispitivanje terapije u cjelini

Na ovaj način odgovara se na pitanje o djelotvornosti neke terapijske tehnike shvaćene globalno. Strategija ove vrste predstavlja i najčešći oblik istraživanja psihoterapije. Tek pošto se terapija u cjelini pokaže efikasnom ima je smisla razlagati na dijelove. Stoga se ova strategija može shvatiti kao prvi korak u sveobuhvatnijem preispitivanju terapije.

Strategija razlaganja tretmana

Nakon što se pokazalo da je određeni tretman u cjelini efikasan, pozitivne promjene do kojih tretman dovodi nastoje se kauzalno povezati sa dijelovima tretmana izoliranim iz cjeline. Upotreba ovakve strategije pretpostavlja mogućnost jasnog i preciznog specificiranja pojedinih aspekata tretmana. Nacrt koji bi slijedio ovakvu strategiju, obuhvaćao bi grupu ispitanika koja je podvrgnuta cjelokupnom tretmanu i grupe kojima su uskraćene neki (jedan ili više) aspekti. Svrha tretmana je da se identificiraju aspekti ili grupe aspekata odgovorne za pozitivne promjene, što bi otvaralo mogućnost stvaranja još efikasnije terapijske tehnike. Kazdin (1983) navodi primjer razlaganja Wolpeove metode sistematske desenzitizacije. Od osnovnih komponenata ove tehnike koje su definirane kao (1) vježbanje odgovora koji je suprotan anksioznosti (tj. relaksacije); (2) utvrđivanje hijerarhije situacija vezanih uz anksioznost; (3) uparivanje relaksacije sa situacijama iz hijerarhije idući postepeno od onih koje izazivaju manju anksioznost, Wilkins je utvrdio da je jedina neophodna komponenta ponavljanje odgovora koji bi trebao biti razvijen (relaksacije). Iz navedenog primjera se vidi da je ovom strategijom moguće testirati teorijske konstrukte koji tumače prirodu veze tretmana i ishoda.

Strategija nadograđivanja tretmana

Ova strategija podrazumijeva stvaranje nove terapijske tehnike dodavanjem određene komponente koja bi mogla povoljno utjecati na ishod. Na ovaj način se postojeće terapijske metode nastoje usavršiti. Kao i kod prethodno opisane strategije, dobiveni rezultati mogu imati odjeka na širu teorijsku osnovu. Kao primjer mogu poslužiti rezultati u tretmanu depresivnih pacijenata dobiveni kombinacijom farmakološke i psihoterapije koji nadmašuju svaku od ovih metoda pojedinačno.

Parametrijska strategija

Bitna značajka ove strategije je nastojanje da se variranjem specifičnih komponenata pojedinog tretmana utvrdi način poboljšanja terapijskog procesa. Umjesto oduzimanja postojećih ili dodavanja novih elemenata, u ovom slučaju se elementima sadržanim u tretmanu barata brojčano, na način da ispitanici dobiju veću ili manju „dozu“. Ovakav postupak, naravno, brojčano izražavanje relevantnih komponenata. Kazdin (1974) je proveo istraživanje varirajući istovremeno u 2 x 2 nacrtu broj zamišljenih modela (1 ili 3) i broj zastrašujućih objekata (1 ili 2 zmije) pri provođenju metode zamišljanja modela (covert modeling). Utvrdio je da su subjekti koji su zamišljali više modela pokazali veću redukciju izbjegavajućeg ponašanja, dok brojnost zastrašujućih objekata nije utjecala na ishod.

Meta - analiza

Ovaj postupak, razvijen u novije vrijeme, omogućuje povezivanje i analiziranje velikog broja pojedinačnih istraživanja. Jedinicu analize u ovom slučaju predstavlja veličina efekta, koja je definirana kao razlika između mjere zavisne varijable u tretmanskoj grupi u odnosu na netretmansku, podijeljena standardnom devijacijom netretmanske grupe. Veličinu efekta je moguće izračunati za svako istraživanje pojedinačno, neposredno nakon terapije ili u različitim intervalima poslije terapije, obuhvaćenim periodom praćenja. Jedno istraživanje, stoga, može biti predstavljeno s više različitih vrijednosti veličine efekta. Ova veličina se u meta-analizi tretira kao zavisna, a različiti psihoterapijski tretmani kao nezavisne varijable. U meta-analizi koju su proveli Smith et al. (1980), kojom su obrađeni rezultati 475 različitih istraživanja, nađena je prosječna veličina efekta .85, što bi, prevedeno na jezik statistike (pod pretpostavkom normalne distribucije), značilo da se stanje popravilo kod, otprilike, 80% tretiranih ispitanika u odnosu na netretirane. Osim općenite efikasnosti tretmana, utvrđena je i blaga superiornost kognitivne i bihevioralne terapije u odnosu na dinamičku i humanističku. Prilikom provođenja meta-analize, potrebno je voditi računa o uključivanju u istraživanje svih onih studija u kojima je eksperimentalna kontrola na odgovarajućoj razini. U protivnom, smatraju autori, može doći do iskrivljenih i netočnih zaključaka (Kazdin, 1983).

Kriteriji za procjenu terapijskog ishoda

Postoji velik broj raznovrsnih kriterija kojima je moguće vršiti evaluaciju. Kratochwill i Mace (1983) dijele ove kriterije na eksperimentalne i terapijske kriterije, kriterije vezane uz klijenta, efikasnost i kriterije vezane uz cijenu te kriterije za generalizaciju i praćenje.

Eksperimentalni i terapijski kriteriji

Pod eksperimentalnim kriterijem podrazumijeva se dokazivanje zavisnosti ishoda od tretmana. Terapijski kriteriji se odnose na utvrđivanje promjene koja nije samo statistički značajna, već jednako tako i klinički. Promjene se mogu smatrati klinički značajnima kad se pacijentovo devijantno ponašanje, prema procjeni drugih, svede u okvire prihvatljivosti.

Kriteriji vezani uz klijenta

Oni uključuju a) proporciju pacijenata kojima se stanje popravlja, i b) veličinu promjena

Efikasnost i kriteriji vezani uz cijenu

- 1) Trajanje tretmana - općenito se može uzeti kao uspješnija ona terapija koja iste efekte postiže u kraćem vremenu
- 2) Provođenje tretmana - u ovom slučaju u obzir se uzima ekonomičnost; primjerenijim rješenjem se smatra tretman kojim se u kraćem vremenu može pomoći većem broju ljudi (grupna terapija)
- 3) Cijena profesionalne usluge - terapijskoj tehnici za čije svladavanje i trening je potrebno manje vremena i troškova bit će dana prednost nad tehnikom koja nema te kvalitete
- 4) Cijena koju plaća klijent - osim vremena i novaca koje klijent utroši, mogući su i nepoželjni terapijski efekti koji se, makar rijetko, znaju javiti

Kriteriji za generalizaciju i praćenje

Jedan od najvažnijih kriterija uspješnosti neke terapije je generalizacija i trajnost njenih efekata (tj. vremenska generalizacija). Rezultate je moguće generalizirati na različite prilike, različita ponašanja i različite subjekte. Terapija, koja, uz ostale kvalitete, ima i generalnije efekte biti će smatrana boljom. Vremenska generalnost se ispituje postterapijskim praćenjem.

Eksperimentalni nacrt za pojedinca

Osobitost kliničkog istraživanja je u objedinjavanju znanstvenog interesa akademske psihologije i kliničke prakse. Ovom vezom, međutim najčešće nije zadovoljna ni jedna strana. Oprečnost nomotetičkog i idiografičkog pristupa ipak nije neizbježna. Nacrt za pojedinca, kao pomirenje kliničke usmjerenosti na individualno i znanstveno metodoloških zahtjeva, razvio se uslijed sve češće isticanih nedostataka grupnih nacrtova. Bergin i Strupp (1972) navode neke od osnovnih prigovora:

- 1) Etički prigovori - odnose se na korištenje klasične kontrolne grupe tj. uskraćivanje tretmana
- 2) Praktični problemi - klinički uvjeti najčešće ne nude mogućnost uključivanja velikog broja istovrsnih pacijenata u istraživanje (naročito s onim poremećajima čije je pojavljivanje u populaciji rijetko).
- 3) Bavljenje prosječnim rezultatom - počiva na nesigurnim pretpostavkama homogenosti grupe pacijenata; prosječni rezultat ne kazuje ništa ni o jednom pojedincu zasebno, što je za kliničku praksu najvažnije
- 4) Generalnost nalaza - kako rezultati grupnih studija ne vode računa o pojedincu, pitanje generalizacije je problematično, jer je nemoguće utvrditi koje karakteristike pacijenata su povezane s poboljšanjem (provođenje multivarijatnih analiza nije ostvarivo u kliničkim uvjetima zbog nedovoljnog broja ispitanika); što je homogenost, kao jedan od bitnih zahtjeva eksperimentalnog pristupa, veća, to je mogućnost generalizacije manja.
- 5) Interindividualni varijabilitet - veliki varijabilitet unutar grupe redovito doprinosi utvrđivanju slabog efekta u studijama gdje se nekim ispitanicima stanje popravlja, a drugima pogoršava.

Iz navedenih razloga grupni pristupi evaluaciji tretmana imaju ograničenu praktičnu

vrijednost u kliničkom radu.

Studija pojedinačnog slučaja, jednako kao i druge strategije evaluacije terapijskog ishoda, ima za cilj uspostavljanje kauzalne veze izvjesnih, unaprijed određenih, mjera ponašanja i provedenog tretmana. Posebni eksperimentalni nacrti nastoje na nedvosmislen način ovu kauzalnost potvrditi, isključujući sve alternativne mogućnosti objašnjenja dobivenih rezultata. Glavna značajka nacrtu za pojedinca je precizno i sistematično mjerenje zavisne varijable koje se u toku provođenja istraživanja više puta ponavlja. Zavisnu varijablu mogu predstavljati motoričke, fiziološke, samoopisne mjere, ili više njih istovremeno (Hersen & Barlow, 1976). Prema Hayesu (1983) moguće je razlikovati tri osnovna tipa nacrtu za pojedinačan slučaj - unutar serija i kombinirani nacrt. Detaljnije se može vidjeti u predloženoj literaturi.

Primjena statistike u nacrtu za pojedinca

Korištenje statističkih testova u studiji pojedinačnog slučaja podvrgnuto je kritici koja prvenstveno naglašava nepodudaranje kriterija značajnosti promjene, statističkog i kliničkog načina razmišljanja (Kazdin, 1976). Statistički značajna promjena može biti klinički beznačajna, a klinički značajna promjena je očigledna pa joj nikakav test i nije potreban. Ili kako Skinner duhovito kaže: „Načela, hipoteze, teoremi, zadovoljavajući dokazi na granici značajnosti od .05... ništa ne može biti besmislenije od toga. Nitko ne ide u cirkus da bi gledao prosječnog psa kako skače kroz kolut statistički značajno češće negoli netrenirani psi pod istim takvim okolnostima ili da gleda slona koji demonstrira jedno načelo ponašanja“ (str. 228). Slična je situacija i u kliničkoj praksi, gdje su, najčešće, jedino radikalne promjene relevantne. Postoje, međutim, slučajevi u kojima je upotreba statistike potrebna, a to se prvenstveno odnosi na situaciju u kojoj nije uspostavljen stabilni nivo osnovnog perioda ili kada postoji veliki intraindividualni varijabilitet u svim fazama.

Za testiranje značajnosti razlike među fazama moguće je služiti se t-testom ili analizom varijance. Međutim, postojanje autokorelacije tj. serijalna zavisnost podataka, nameće posebna ograničenja. Autokorelacija predstavlja korelaciju među sukcesivnim mjernim točkama odvojenim različitim intervalom. Ukoliko je npr. interval 1, korelacija se računa među parovima 1,2 / 2,3 / 3,4 itd. U slučaju autokoreliranosti podataka, što je relativno čest slučaj u nacrtu s vremenskim serijama (značilo bi da sukcesivna mjerenja imaju ili tendenciju rasta ili pada), ne bi trebalo koristiti ni t-test ni analizu varijance, jer obje metode pretpostavljaju nezavisnost podataka (autokorelaciju treba računati samo u pojedinim fazama odvojeno, a nikako u svima zajedno, na što je posebno ukazao Huitema, 1985 i 1986a).

Analiza vremenskih serija je postupak kojim se utvrđuje promjena u nivou i nagibu (trendu) među fazama, uz respektiranje serijalne zavisnosti podataka. Ova metoda pretpostavlja velik broj mjerenja (50 -100).

Za evaluaciju podataka kombiniranog nacrtu upotrebljava se statistički test R_n . Upotreba ovog statistika propisuje slučajan raspored prema kojem će ispitanici biti podvrgnuti tretmanu, kao i to da se tretiraju isključivo jedan po jedan. Ispitanici koji u datom trenutku nisu tretirani, predstavljaju kontrolu. Statistička usporedba postiže se rangiranjem ispitanika koji su tog časa u tretmanu u odnosu na sve ostale prema ciljnom ponašanju.

Logika je sljedeća - ukoliko tretman pozitivno djeluje, ispitanik na kojem je primjenjen,

biti će ispred ostalih po poželjnom ponašanju, čime će mu pripasti rang 1. Nakon zbrajanja rangova svih ispitanika za vrijeme tretmana (npr. za $N=4$, $1+1+2+1=5$), statistička značajnost se određuje tablicom u odnosu na broj ispitanika, (za širi uvid u područje statističke obrade pojedinačnog slučaja vidi Kazdin, 1976 i Huitema, 1986b).

Mogućnost generalizacije nalaza

Vrijednost nalaza dobivenih istraživanjem na pojedincu u velikoj je mjeri ovisna o njihovoj pouzdanosti i mogućnosti da se generaliziraju. Ovi podaci se utvrđuju ponavljanjem. Hersen i Barlow (1976) su, upotpunivši Sidmanovu klasifikaciju, podijelili metode za utvrđivanje generalnosti na direktnu, sistematsku kliničku replikaciju.

Direktna replikacija je ponavljanje istraživanja u istim uvjetima i uz istog terapeuta. Moguće ju je provesti na istom pacijentu, čime se dobija informacija o pouzdanosti procedure, ili na različitim pacijentima sa istim tipom poremećaja, što je indikator mogućnosti generalizacije na populaciju s istim poremećajem.

Klinička replikacija predstavlja ponavljanje u kojem se „paketi“ različitih terapijskih postupaka primjenjuju na pacijentima, čiji ih poremećaji svrstavaju u istu dijagnostičku kategoriju (npr. depresija shizofrenija). Ova vrsta ponavljanja ima veliku praktičnu važnost jer služi iznalaženju efikasnih kombinacija terapijskih tehnika za pacijente s istovrsnom dijagnozom.

Sistematska replikacija je ponavljanje istraživanja uz variranje uvjeta, poremećaja i terapeuta. Ovakvim ponavljanjem stječe se uvid u mogućnost generalizirane primjene nekog tretmana, odnosno o potrebi ograničavanja primjene. Svrha višekratnog sistematskog ponavljanja je da identificira uvjete pod kojima je neka procedura efikasna ili neefikasna.

REZIME

Prethodne stranice dodiruju neka osnovna pitanja eksperimentalne provjere vrijednosti terapijskog postupka. Naglašena potreba za provjerom psihoterapije počiva na pretpostavci o mjerljivosti njenog učinka, a vezana je i uz kartezijsku demistifikaciju samog terapijskog procesa. Potpuno pomirenje znanstvene psihologije i terapijskog rada još nije nastupilo, ali osnovni akcenti koje nalaže bihevioralni pristup daju nadu da će se to u budućnosti dogoditi. Ovim radom nastojalo se ukazati na neke osobitosti eksperimentalnog dokazivanja efikasnosti tretmana i pružiti pregled metodoloških sredstava kojima se ovo dokazivanje vrši, kao i problema koji se pri tome javljaju. Pregled je nužno nepotpun i može poslužiti samo kao okvirno upoznavanje s područjem kojeg obrađuje, te se čitaocu preporuča da za širu informaciju konzultira citiranu literaturu.

LITERATURA

Basham, R. B. (1986). Scientific and Practical Advantages of Comparative Design in Psychotherapy outcome Research, *J. Consult. Clin. Psychol.* 8-94.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*, Guilford Press, New York.

Bergin, A. E. & Strupp, H. H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*, Aldine-Atherton, New York.

- Doleys, D. M. & Slapion, M. J. (1975). The reduction of verbal repetitions by response cost controlled by a sibling, *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 61-63.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation, *J. Cons. Psychol.* 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1960). The effects of psychotherapy. U: H. J. Eysenck (ed.). *Handbook of abnormal psychology*, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London.
- Hayes, S. C. (1983). The role of the individual case in the production and consumption of clinical knowledge. U: M. Hersen, A. E. Kazdin & A. S. Bellack (eds.). *The clinical psychology handbook*, Pergamon Press, New York.
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single-case experimental designs: strategies for studying behavior change*, Pergamon Press, New York.
- Huitema, B. E. (1985). Autocorrelation in applied behavior analysis: a myth, *Behavioral Assessment*, 7, 107-118.
- Huitema, B. E. (1986a). Autocorrelation in behavioral research: wherefore art thou? U: A. Poling, R. W. Fuqua & R. Ulrich (eds.). *Control of human behavior, Volume 4: Issues in applied behavior analysis research methodology*. Scott, Foresman and Co., Glenview.
- Huitema, B. E. (1986b). Statistical analysis and single subjects designs: some misunderstandings. U: A. Poling, R. W. Fuqua & R. Ulrich (eds.). *Control of human behavior, Volume 4: Issues in applied behavior analysis research methodology*. Scott, Foresman and Co., Glenview.
- Kazdin, A. E. (1974). Comparative effects of some variations of covert modeling, *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 5, 225-231.
- Kazdin, A. E. (1976). *Statistical analysis for single-case experimental designs*. U: M. Hersen & D. H. Barlow. *Single case experimental designs*, Pergamon Press, New York.
- Kazdin, A. E. (1983). *Treatment research: the investigation and evaluation of psychotherapy*. U: M. Hersen, A. E. Kazdin & A. S. Bellack (eds.). *The clinical psychology handbook*, Pergamon Press, New York.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies, *J. Consult. Clin. Psychol.* 54, 95-105.
- Kratochwill, T. R. & Mace, F. C. (1983). *Experimental research in clinical psychology*. U: M. Hersen, A. E. Kazdin & A. S. Bellack (eds.). *The clinical psychology handbook*, Pergamon Press, New York.
- Latimer, P. R. & Sweet, A. A. (1984). Cognitive versus behavioral procedures in cognitive-behavior therapy: a critical review of the evidence, *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 15, 9-22.
- Meehl, P. E. (1955). Psychotherapy, *Annu. Rev. Psychol.* 6, 357-378.
- Parloff, M. B. (1986). Placebo controls in psychotherapy research: a sine qua non or a placebo for research problems?, *J. Consult. Clin. Psychol.* 54, 79-87.
- Skinner, B. F. (1956). A case history in scientific method, *Am. Psychol.* 11, 221-233.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Strupp, H. H. (1967). Some comments on the future of research in psychotherapy. U: L. Y. Rabkin & J. E. Carr (eds.). *Sourcebook in abnormal psychology*, Houghton Mifflin Company, Boston.
- Van Hasselt, V. B., Griest, D. L., Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K. & Unis, A. S. (1984). Poor peer interactions and social isolation: a case report of successful in vivo social skills training on a child psychiatric inpatient unit, *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 15, 271-276.
- Yates, A. J. (1970). *Behavior therapy*, John Wiley & Sons, New York

DODATAK

Petar Bezinović

UVOD

Kao generalna strategija razvoja mjernih postupaka za utvrđivanje različitih aspekata samopoimanja koji su ovdje prikazani, prihvaćena je konstrukcija homogenih, kratkih, ali pouzdanih jednodimenzionalnih skala. Pri tome se polazi od osnovnog zahtjeva koji se postavlja u teoriji mjerenja, a taj je da skup elemenata (čestica ajtema) koji sačinjavaju mjerni postupak (test) treba mjeriti samo jednu zajedničku pojavu.

Homogene, kratke, pouzdane, jednodimenzionalne skale lakše su i za primjenu i za interpretaciju od dužih višedimenzionalnih skala.

Mjerenja u psihologiji uvijek predstavljaju određivanje stupnja razvijenosti ili prisutnosti specifičnog obilježja koje se može definirati i izdvojiti. To može biti izolirana dimenzija neke strukture ili pak neka funkcija po kojoj se pojedinci razlikuju. Uključivanje pojedinih elemenata (čestica, ajtema) u mjerni postupak ima smisla samo ako ti elementi zbilja mjere atribut osobinu? koji je predmet ispitivanja. Za utvrđivanje individualnih razlika najčešće se koristi linearni model. Ovaj model preporuča jednostavno zbrajanje rezultata na svim česticama da bi se dobio ukupan rezultat koji odražava stupanj razvijenosti neke osobine. Takvo zbrajanje ima smisla samo ako pojedini elementi mjernog postupka zaista dijele isti atribut. Ukoliko se ti elementi odnose na različite osobine, dimenzije ili funkcije, njihovo zbrajanje gubi smisao. Ako elementi mjernog postupka (testa) odražavaju isti atribut osobinu? taj će test najvjerojatnije biti homogen. Homogenost sadržaja testa odražava se putem korelacija među elementima testa. Ako je prosječna korelacija niska (time će i prosječna korelacija elemenata s ukupnim rezultatom biti niska), ova grupa čestica neće biti homogena. Uzrok niskoj prosječnoj korelaciji među elementima testa može biti u tome što oni odražavaju različita obilježja. U takvom slučaju skup elemenata će najvjerojatnije biti višedimenzionalan.

Idealno bi bilo sakupiti elemente koji svi imaju visoke korelacije s ukupnim rezultatom i koji su saturirani samo jednim faktorom u faktorskoj analizi.

Pri konstrukciji mjernih postupaka ovdje se pokazalo upravo od načela da oni budu sastavljeni od skupa međusobno visoko koreliranih čestica, da svaka značajna korelira s ukupnim rezultatom, kao i da u faktorskim analizama na većem broju uzoraka ovi skupovi čestica repliciraju svoju jednostavnu jednodimenzionalnu strukturu.

Kako je osnovna intencija konstrukcije ili adaptacije različitih mjernih postupaka koji su ovdje prikazani bila razrada instrumenata za mjerenje nekih aspekata samopoimanja, to se oni sastoje isključivo od skala samoprocjena.

Neke skale su novokonstruirane, a neke predstavljaju adaptaciju u svijetu često korištenih skala. Neke od adaptiranih skala ne udovoljavaju gore navedenim kriterijama jednodimenzionalnosti, ali provedene konstruktne validacije dokazuju njihovu smislenost i opravdanost korištenja. Detalji ovih validacija ovdje nisu prikazani, ali već jesu ili će tek biti objavljeni u našim znanstvenim časopisima.

SKALA PERCIPIRANE NEKOMPETENTNOSTI

Percepcija osobne (ne) kompetentnosti koja se generalizira na općeniti nivo funkcioniranja, po svojoj prilici predstavlja okosnicu, tj. temeljnu dimenziju samopoimanja (Bezinović, 1988). Ona je značajno povezana s općim zadovoljstvom životom, globalnim samopoštovanjem, ekstermalnim lokusom kontrole i socijalnom anksioznošću.

Prema sadržaju tvrdnji iz skale može se reći da osoba koja postiže visok rezultat iskazuje sumnju u osobnu kompetentnost i sposobnost, nesigurna je, osjeća se neadekvatnom.

Skup tvrdnji primjenjuje se kao linearna kombinacija. Ukupan rezultat određuje se jednostavnim sumiranjem procjena na svih deset tvrdnji i to na skali Likertovog tipa od 0 (u potpunosti netočno) do 4 (u potpunosti točno). Minimalni mogući rezultat iznosi prema tome 0, a maksimalni 40. Visok rezultat odražava globalno uvjerenje u osobnu nekompetentnost.

Ispitanici

Skala je u fazi validacije primjenjena na tri različita uzorka ispitanika.

Uzorak 1: 218 učenika 3. i 4. razreda srednjoškolskih centara u Zadru. Muških 100, ženskih 118. Na 108 ispitanika izvršeno je retestiranje nakon 30 do 40 dana.

Uzorak 2: 118 polaznika Centra za učenje stranih jezika (CSJ) u Rijeci. Muških 39, ženskih 79. Prosječna dob iznosila je 29 godina i 3 mjeseca. Ispitanici su prosječno imali 14 godina školovanja.

Uzorak 3: 105 studenata psihologije i pedagogije sa Pedagoškog fakulteta u Rijeci i Filozofskog fakulteta u Zadru. Muških 18, ženskih 87. Prosječna dob je iznosila 20 godina i 4 mjeseca.

Sadržaj skale kao i prosječni koeficijent korelacije s ukupnim rezultatom prikazani su na Tablici 1. Prosječni koeficijenti korelacije s ukupnim rezultatom izračunati su iz tri navedena uzorka primjenom Fisherove z-transformacije. Koeficijenti su prethodno korigirani uklanjanjem varijance pojedine tvrdnje iz ukupnog rezultata.

Tablica 1. Sadržaj skale za mjerenje percepcije osobne nekompetentnosti i prosječne korelacije tvrdnji s ukupnim rezultatom u tri ispitana uzorka

TVRDNJA	r
1. Neuspjesi iz prošlosti navode me da sumnjam u buduće uspjehe	.61
2. Na početku neke djelatnosti već unaprijed sumnjam da ću je uspješno obaviti	.54
3. Većina problema na koje nailazim u životu za mene je teško rješiva	.57
4. Čini mi se da nisam sposoban da izađem na kraj s većinom problema koje donosi život	.53
5. Nisam siguran u svoje sposobnosti kada moram nešto uraditi	.61
6. Često razmišljam da nisam dovoljno sposoban za posao kojim se bavim	.57
7. Kada se pojave neočekivani problemi ne mogu ih uspješno riješiti	.46

8. Plašeći se neuspjeha odustajem od posla prije nego ga završim	.61
9. Uvijek mislim da će posao biti bolje obavljen ako ga radi netko drugi, a ne ja sam	.46
10. Niti ne pokušavam učiniti nove stvari ako mi izgledaju preteške	.51

LITERATURA

Bezinović, P. (1988) Percepcija osobne kompetentnosti kao dimenzija samopoimanja. Nepublicirana doktorska disertacija.

ROSENBERGOVA SKALA SAMOPOŠTOVANJA

Rosenberg je razvio Skalu samopoštovanja (Rosenberg Self-Esteem Scale, 1965), koja bi trebala biti homogena i čista mjera samopoštovanja, jer mjeri upravo globalnu vrijednosnu orijentaciju prema sebi, a ne neke specifične aspekte samopoimanja.

Ovu skalu i njen odnos sa percepcijom osobne (ne)kompetentnosti detaljno je opisao Bezinović (1988).

Skala se sastoji od samo deset tvrdnji, pet u pozitivnom i pet u negativnom smjeru. U originalu je konstruirana kao Guttmanova skala (Torgerson, 1958, poglavlje 12) s visokim koeficijentom reproducibilnosti (.92), što bi trebalo svjedočiti o njenoj jednodimenzionalnosti i homogenosti. Eksploratorne faktorske analize ove skale koje su proveli Kaplan i Pokorny (1969), Carmines i Zeller (1979), Goldsmith i Goldsmith (1982) i Goldsmith (1986a), su sve rezultirale dvofaktorskim solucijama, ali ponešto različitih struktura. Goldsmith (1986b) je proveo konfirmatorne faktorske analize svih navedenih dvofaktorskih rješenja i došao do zaključka da skala mjeri ponešto različite latentne konstrukte kada se primjenjuje na različitim populacijama.

Validacija prijevoda ove skale izvršena je na dva uzorka ispitanika: (1) 118 polaznika Centra za učenje stranih jezika u Rijeci (uzorak 2, prethodno već opisan) i (2) 105 studenata psihologije i pedagogije (uzorak 3).

Sadržaj skale kao i prosječni koeficijenti korelacije s ukupnim rezultatom prikazani su na Tablici 2.

Tablica 2. Sadržaj Rosenbergove skale samopoštovanja i prosječne korelacije tvrdnji s ukupnim rezultatom

TVRDNJA	r
1. Općenito govoreći zadovoljan sam sobom	.53
*2. Želio bih da imam više poštovanja prema samom sebi	.50
*3. Osjećam da nema puno toga čime bih se mogao ponositi	.59
*4. Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim	.60
5. Sposoban sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi	.48
*6. S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim	.61
7. Osjećam da sam isto toliko sposoban koliko i drugi ljudi	.39
8. Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina	.39
*9. Sve više dolazim do saznanja da jako malo vrijedim	.68
10. Mislim da vrijedim, barem koliko i drugi ljudi	.47

Gornji skup tvrdnji primjenjuje se kao linearna kombinacija, pri čemu se ukupan rezultat određuje sumiranjem procjena na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (od 0 do 4). Prethodno treba sistem ocjenjivanja obrnuti za tvrdnje

označene zvozdicom (). Minimalni mogući rezultat iznosi 0, a maksimalni 40. Visok rezultat odražava visoko samopoštovanje.*

LITERATURA

Bezinović, P. (1988) Percepcija osobne kompetentnosti i samopoštovanje. Revija za psihologiju, prihvaćena za objavljivanje.

Carmines, E.G. & Zeller, R.A. (1979) Reliability and Validity Assessment. Sage publications, Beverly

Hills, Ca.

Goldsmith, R.E. (1986a) Personality and adaptive-innovative problem solving. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1, 95-106.

Goldsmith R.E. (1986b) Dimensionality of the Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1, 253-264.

Goldsmith, R.E. & Goldsmith, E.B. (1982) Dogmatism and self-esteem: Further evidence. *Psychological Reports*, 51, 289-290.

Kaplan, H.B. & Pokorny A.D. (1969) Self-derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.

Torgerson, W.S. (1958) *Theory and Methods of scaling*. Wiley, New York

SKALA USTRAJNOSTI

Percepcija osobne ustrajnosti važan je aspekt samopoimanja. Ova je osobina tijesno povezana s percepcijom osobne kompetentnosti. U ponašanju se manifestira u vidu pojačanog napora i težeg odustajanja pri poduzimanju nekih akcija kojima se žele postizati konkretni ciljevi.

Skala je u fazi validacije primjenjena na ista tri uzorka ispitanika kao i Skala percipirane nekompetentnosti.

Tablica 3. Sadržaj skale za mjerenje percepcije osobne ustrajnosti i prosječne korelacije tvrdnji s ukupnim rezultatom

TVRDNJA	r
1. Neću odustati od nekog posla iako naiđem na prepreke	.54
2. Kada smatram da neki posao nisam dobro obavio, radit ću na njemu dok god ga uspješno ne obavim	.72
3. Kada odlučim nešto uraditi ne odustajem dok god to ne učinim	.49
4. Ako ne mogu nešto napraviti iz prve trudim se dok god ne uspijem	.68
5. Neuspjeh me samo potiče da još više radim	.70
6. Što mi je neki zadatak teži to me snažnije motivira da ga riješim	.49
7. Kada odlučim da nešto napravim, bez odlaganja počinjem raditi na tome	.61
*8. Lako odustajem	.32
9. Usprkos teškoćama na koje nailazim pri rješavanju zadataka, ipak ne odustajem	.54
10. Ako naiđem na neki interesantan problem nastojat ću ga riješiti ma kako mi izgledao težak	.59

* ocjenjivanje u obrnutom smjeru

Sadržaj ove skale ukazuje na to da se ona sastoji od tvrdnji koje odražavaju ustrajnost, odnosno upornost koju pojedinac iskazuje kada treba riješiti neki problem ili zadatak. Tvrdnje se ne odnose ni na kakve konkretne situacije, već odražavaju globalno uvjerenje pojedinca u osobnu ustrajnost. I ovaj se skup tvrdnji, poput prethodnog, primjenjuje kao linearna kombinacija. Ukupni rezultat može biti u rasponu od 0 do 40.

Osoba koja postiže visok rezultat smatra da je perzistentna u vlastitim nastojanjima da rješava svoje probleme, poslove i zadatke, i to bez obzira na kakve sve poteškoće nailazi. Takva osoba teško odustaje i neuspjesi je teško mogu pokolebati.

SKALA ZA MJERENJE STRAHA OD NEGATIVNE EVALUACIJE

Strah od negativne evaluacije je jedan od aspekata socijalne anksioznosti koji se manifestira u nizu socijalno psiholoških fenomena (samopoimanje, konformizam, prosocijalno ponašanje, samoprezentacija, atribucijski stil, socijalna facilitacija, promjena stavova itd., Schlenkar, 1980)

Prvu skalu za mjerenje ove osobine konstruirali su Watson i Friend (1969) s ciljem utvrđivanja stupnja strepnje koje ispitanici osjećaju u situacijama kada postoji mogućnost da budu negativno evaluirani od drugih ljudi. Ova originalna verzija nešto je preduga jer se sastoji od 30 tvrdnji tipa točno-netočno. Leary (1983) je izvršio skraćivanje ove skale i utvrdio da ona zadržava povoljne metrijske karakteristike i kada se sastoji od samo 12 tvrdnji. S ciljem omogućavanja da se ovaj zanimljiv konstrukt istraži i na našem govornom području izvršeno je adaptiranje skraćene verzije ove skale.

Tablica 4. Sadržaj Skale za mjerenje straha od negativne evaluacije i prosječne korelacije tvrdnji s ukupnim rezultatom

TVRDNJA	r
1. Zabrinut sam što će drugi ljudi misliti o meni, čak i kada znam da to ne može imati nikakvog utjecaja	.62
2. Često se bojim da će drugi ljudi zamijetiti moje nedostatke	.64
*3. Ne zabrinjava me čak i kada znam da ostavljam nepovoljan dojam na ljude	.51
*4. Rijetko se brinem kakav ću dojam ostaviti na nekoga	.52
5. Strah me je da me drugi ljudi neće prihvatiti	.69
6. Kada razgovaram s nekim brine me što bi on mogao misliti o meni	.63
*7. I kada znam da me netko procjenjuje to uopće ne utječe na mene	.45
8. Često se bojim da ću reći ili učiniti pogrešne stvari	.68
9. Pretjerano razmišljam o tome što će drugi misliti o meni	.53
10. Strah me je da ću se zamjeriti ljudima	.71
*11. Mišljenja drugih ljudi o meni uopće me ne brinu	.72
12. Brine me kakav ću dojam ostaviti	.69

* ocjenjivanje u obrnutom smjeru

Gornji skup tvrdnji primjenjuje se kao linearna kombinacija, pri čemu se ukupan rezultat određuje sumiranjem procjena na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (od 0 do 4). Minimalni mogući rezultat iznosi 0, a maksimalni 48. Visok rezultat odražava izraziti strah od negativne evaluacije.

LITERATURA

Schlenker, B. (1980) *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Brooks/Cole, Monterey, Ca.

SKALA EKSTERNALNOSTI (LOKUS KONTROLE)

Konstrukt lokusa kontrole razvijen je u sklopu Rotterove (1966) teorije socijalnog učenja. Po ovoj teoriji vjerojatnost pojavljivanja nekog ponašanja je u funkciji očekivanja pojedinca da će to ponašanje dovesti do potkrepljenja, ili drugim riječima da će se postići željeni ishod. Postoji značajan varijabilitet među pojedincima u takvim očekivanjima. Ovaj varijabilitet ovisi među ostalim i o faktorima kojima oni pripisuju ishode. Konstrukt lokusa kontrole može se zato tretirati i kao dio atribucijske teorije koja se bavi istraživanjima percepcije kauzalnosti, tj. subjektivnim objašnjenjima zbog čega se nešto zbilo. Pripisivanje uzroka različitih ishoda u sklopu konstrukta lokusa kontrole vrši se na dimenziji (kontinuumu) internalnosti-eksternalnosti.

Pretpostavlja se da pojedinac koji za sebe smatra da sam može kontrolirati i svojim postupcima determinirati zbivanja u svojoj okolini ima internalni lokus kontrole. Internalno orijentirani pojedinci pripisuju ishode svog ponašanja svojim postupcima, sposobnostima, nastojanjima ili nekim drugim osobinama. Na drugom kraju kontinuuma su pojedinci koji imaju eksternalni lokus kontrole. Kontrolu nad ishodima svog ponašanja eksternalno orijentirani pripisuju snagama izvan sebe, snagama poput sreće, slučajnosti, sudbine ili moćnijih drugih (Rotter, 1975).

Rotter (1966) je smatrao daje konstrukt internalnosti-eksternalnosti stabilna, globalna, jednodimenzionalna varijabla ličnosti. Operacionalizirao ju je instrumentom (Rotter I-E Scale) koji se sastoji od 29 parova tvrdnji. Nakon in- auguriranja, konstrukt je vrlo često istraživan, najčešće pomoću ovog instrumenta. U svim istraživanjima generalno se pokazuje da su internalno orijentirani pojedinci uspješniji u savladavanju životnih problema i da su općenito bolje prilagođeni od eksternalnih. Između ostalog se pokazuje da je eksternalni lokus kontrole povezan i s beznađem i depresijom.

U istraživanjima lokusa kontrole stalno je prisutan niz problema koji se odnose prvenstveno na konstruktnu valjanost postupaka za njegovo mjerenje.

Najčešće korištena skala za mjerenje lokusa kontrole je Rotterova skala. Problem dimenzionalnosti ove skale jedan je od ključnih problema. Po Rotteru (1966), konstrukt je jednodimenzionalan, pa bi tako i skala trebala biti jednodimenzionalna. Brojna istraživanja međutim dokazuju da je skala višedimenzionalna i suviše sofisticirana, te zato teška za primjenu.

S ciljem izbjegavanja nedostataka Rotterove skale razvijeni su i neki alternativni instrumenti za koje njihovi autori smatraju da imaju specifične prednosti. Najpoznatiji (i najčešće korišteni) su: ANS-IE (Adult Nowicki-Strickland Internal- Eksternal control scale, Nowicki i Duke, 1974); Multidimenzionalna skala koju su razvili Reid i Ware (1973), kao i Levensonova skala (1974).

Sve ove skale su višedimenzionalne. Uz ovakvu osobinu vezuju se i brojni konceptualni problemi koji se tiču smisla i prirode glavnih izoliranih faktora, kao i njihove interpretabilnosti. Ako skala ima heterogeni sadržaj, ako tvrdnje koje je sačinjavaju nisko koreliraju s ukupnim rezultatom, što onda uopće znači taj ukupan rezultat? Kako ga interpretirati? Da li je uopće opravdano to činiti u terminima nereprezentativnih tvrdnji?

Da bi se izbjegli nedostaci heterogenih skala razvijena je jednodimenzionalna skala Eksternalnosti koja je ovdje prikazana

Sadržaj ove skale i koeficijenti korelacije tvrdnji s ukupnim rezultatom prikazani su na Tablici 5.

Tablica 5. Sadržaj skale za mjerenje lokusa kontrole i prosječne korelacije tvrdnji s ukupnim rezultatom

TVRDNJA	r
1. U mnogim slučajevima čini mi se da sudbina određuje što će mi se dogoditi	.60
2. U životu dobro prolaze oni ljudi koji su za to predodređeni	.62
3. Većina događaja u mom životu je unaprijed određena	.71
4. Loše stvari u životu mi se dešavaju jer nemam sreće	.59
5. Što se treba dogoditi i dogodit će se	.66
6. Bez obzira na ono što ja radim tog dana, dan će dobro završiti ako je dobro započeo	.48
7. Neki ljudi su naprosto rođeni sretni	.62
8. Bez obzira što učinim da to spriječim, ono loše što se treba dogoditi i dogodit će se	.67
9. Veoma često slučajnosti određuju tok mog života	.49
10. Ne treba planirati previše, jer je ono što mi se događa samo rezultat dobre ili loše sreće	.53

Sadržaj ovih tvrdnji odražava fatalističku orijentaciju po kojoj isključivo sudbina, predodređenost, sreća i slučajnosti određuju što će se pojedincu dogoditi, odnosno kakvi će biti ishodi njegovog ponašanja. Najviše korelacije s ukupnim rezultatom imaju upravo tvrdnje koje odražavaju uvjerenje o predodređenosti događaja, tj. o predodređenosti različitih životnih ishoda (tvrdnje broj 3, 8 i 5)

Korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom su relativno visoke, što svjedoči o tome da su one reprezentativne za predmet mjerenja. Kako sve tvrdnje sadržajno odražavaju eksternalnu orijentaciju, ovu skalu može se nazvati Skalom eksternalnosti.

Gornji skup tvrdnji primjenjuje se kao linearna kombinacija, pri čemu se ukupan rezultat određuje sumiranjem procjena na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (od 0 do 4). Minimalni mogući rezultat iznosi 0, a maksimalni 40. Visok rezultat odražava eksternalnu orijentaciju.

LITERATURA

- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Nowicki, S. & Duke, M.P. (1974). A locus of control scale for noncollege as well as college adults. *Journal of Personality Assessment*, 38, 136-137.
- Reid, D.W. & Ware, E.E. (1973). Multidimensionality of internal-external control: Implications for past and future research. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 5, 264-271.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs General and Applied*, 80, (cijeli broj 609).
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external locus of control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-57