

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNI PRISTUP U TRETMANU
PANIČNOG POREMEĆAJA: STUDIJA SLUČAJA**

Završni magistarski rad

Kandidat: Lejla Glinac

Mentor: prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, 2022. godina

SADRŽAJ:

1. UVOD.....	1
2. TEORIJA RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNE TERAPIJE.....	4
2.1. Osnovne postavke racionalno-emocionalno bihevioralne terapije	4
2.2. Ellisov prošireni A-B-C-D-E model emocionalnih poremećaja.....	5
2.2.1. Kognitivne strategije osporavanja.....	6
2.2.2. Imaginativne strategije osporavanja	7
2.2.3. Bihevioralne strategije osporavanja	8
2.3. Racionalno-emocionalno bihevioralni terapijski pristup kod anksioznih poremećaja	11
3. PANIČNI POREMEĆAJ: GLAVNA KLINIČKA OBILJEŽJA	13
4. STUDIJA SLUČAJA: RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNI TRETMAN KLIJENTA SA PANIČNIM POREMEĆAJEM.....	15
4.1. Podaci o klijentu	15
4.2. Procjena problema	16
4.3. Plan tretmana	16
4.4. Tok tretmana	17
4.5. Evaluacija efekata tretmana	22
5. EMPIRIJSKI DOKAZI KOJI POTVRĐUJU EFIKASNOST RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNE TERAPIJE, U LIJEČENJU PSIHIČKIH POREMEĆAJA	25
6. ZAKLJUČCI.....	28
7. LITERATURA.....	29

RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNI PRISTUP U TRETMANU PANIČNOG POREMEĆAJA: STUDIJA SLUČAJA

Lejla Glinac

SAŽETAK

Racionalno-emocionalno bihevioralna terapija (REBT), koju je 1960-tih godina razvio Albert Ellis, predstavlja spoj filozofske, humanističke i bihevioralne terapije. Prema ovom terapijskom pristupu, psihički procesi i poremećaji su zapravo rezultat interaktivnog djelovanja mišljenja, emocija i ponašanja i ne mogu se posmatrati izolirano. Osnovni cilj racionalno-emocionalno bihevioralne terapije je pomoći ljudima, podučavajući ih kako da u kontekstu u kojem egzistiraju, prežive i žive što je sretnije moguće. Ellis je, kao jednu od polaznih tačaka REBT-a, odabrao stajalište grčkog stoika Epikteta, prema kojem ljude ne uznemiravaju stvari same po sebi, nego stavovi koje zauzimaju prema njima. Cilj ovog rada je predstaviti osnovne spoznaje o racionalno-emocionalno bihevioralnoj terapiji, prezentirati studiju slučaja klijenta sa paničnim poremećajem, koji je bio uključen u ovaj oblik tretmana, te prikazati rezultate empirijskih istraživanja koji potvrđuju efikasnost REBT-a u liječenju psihičkih poremećaja. Studija slučaja koju smo predstavili pokazuje efikasnost u smanjenju simptoma paničnog poremećaja kod klijenta, primjenom REBT-a. Također, rezultati empirijskih istraživanja govore u prilog efikasnosti racionalno-emocionalno bihevioralne terapije. REBT je jedan od terapijskih pravaca koji zbog kontinuiranog razvoja, i u budućnosti treba empirijsku potvrdu svojih temeljnih pretpostavki i efikasnosti njegovih tehnika. Na koncu, važno je naglasiti da je Ellis, iznoseći teorijsku pretpostavku da iracionalna mišljenja u mnogome doprinose emocionalnim i ponašajnim reakcijama, napravio veliki pomak od dotadašnjih teorijskih i praktičnih postavki psihoanalitičke psihoterapije.

Ključne riječi: racionalno-emocionalno bihevioralna terapija, panični poremećaj, evaluacija REBT-a

1. UVOD

Mentalno zdravlje kako pojedinca, grupa tako i cjelokupnog društva vremenom postaje sve važniji segment opće dobrobiti i održavanja homeostaze ljudskog organizma. S tim u vezi, naučnici ulažu velike napore, kako bi usavršili procese procjene i tretmana psihičkih poremećaja. Kombinacija kognitivnih, emotivnih, bihevioralnih i imaginativnih tehnika, u sklopu racionalno-emocionalno bihevioralne terapije, dala je značajan doprinos u prevenciji i tretmanu psihičkih poremećaja.

Tvorac racionalno-emocionalno bihevioralne terapije je Albert Ellis, njujorški klinički psiholog. Osnovni koncept terapijskog pristupa prvi put je predstavio naučnoj javnosti 1955. godine, na skupu Američkog psihološkog udruženja, pod nazovom *Racionalna terapija*. Nekoliko godina kasnije naziv je promijenjen u *Racionalno emotivna terapija*. Promjenom naziva Ellis je želio da istakne kako terapija racionalnim mišljenjem ne isključuje emocije, već ih naprotiv podstiče (Ellis i Harper, 1996). Tokom 1993. godine naziv je dopunjen u *Racionalno-emocionalno bihevioralna terapija*, kako bi eksplicirao bihevioralni aspekt promjene (Ellis, 1993).

Povezanost i recipročno uzročno-posljedični odnos između mišljenja, emocija i ponašanja predstavlja fundamentalnu pretpostavku REBT-a, s tim u vezi, naše emocije zapravo proizilaze iz naših vjerovanja i reakcija u životnim situacijama. Prema Ellisu, tehnike koje se koriste tokom terapijskog procesa, klijent može koristiti i u svakodnevnom životu, čime je cilj trajna promjena i primjena na stvarne životne situacije (Ellis, 1999). U terapijskom procesu terapeut je zapravo učitelj koji klijenta podučava strategijama ispravnog mišljenja što za posljedicu ima promjenu ponašanja i emocionalnog doživljavanja.

Središte REBT teorije i prakse predstavlja Ellisov A-B-C model, koji je uveden 1962. godine, s ciljem konceptualizacije problema sa kojim klijenti dolaze na tretman. U strukturi A-B-C modela, *A* predstavlja opaženi negativni stimulus, odnosno negativni aktivirajući događaj, *B* predstavlja sistem uvjerenja koja mogu da budu racionalna i iracionalna u odnosu na opaženi stimulus, odnosno aktivirajući događaj i *C* predstavlja posljedice u vidu određenih emocija i ponašanja koja mogu biti pomažuća ili odmažuća u odnosu na cilj koji osoba sebi postavlja. Važno je naglasiti da događaj sam po sebi ne izaziva emocionalnu reakciju, nego vjerovanja o događaju, koja mogu biti racionalna ili iracionalna (Marić, 2003).

Iracionalna vjerovanja, koja se produciraju u mislima individua, prema ovom terapijskom gledištu izazivaju poteškoće. Za ljudska uvjerenja se većinom kažu da su iracionalna kada su nerealistična, nelogična, apsolutistička i dogmatski držana. Neka od iracionalnih ideja koja stvaraju anksioznost odnose se na zahtjeve pojedinaca da *trebaju* da budu veoma anksiozni oko neizvjesnih i potencijalno opasnih događaja, zahtjeve da *moraju* biti sigurni da će izabrati savršeno rješenje za svoje probleme ili recimo da *moraju* imati savršenu kontrolu nad stvarima kako bi se osjećali dobro (Marić, 2003).

REBT se primjenjuje individualno, grupno, u parovima ili čak uključuje cjelokupnu porodicu ukoliko je to potrebno. Širok spektar područja djelovanja REBT-a uključuje tretman anksioznosti, agresivnosti, psihotičnih poremećaja, depresije i drugih psihičkih poteškoća (Ellis i Blau, 1998).

Anksiozni poremećaji uključuju poremećaje kojima su zajedničke karakteristike pretjerani strah, tjeskoba i uz njih vezani poremećaji ponašanja. U sklopu anksioznih poremećaja panični napadi su najistaknutiji tip odgovora na strah (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Panični napad je iznenadna i značajna epizoda nelagode i/ili straha koju prate različiti tjelesni simptomi (primjerice, lupanje srca, drhtanje, doživljaj gušenja ili gubitka daha, znojenje, bol u prsima, mučnina, vrtoglavica, obamrlost, valovi vrućine ili hladnoće, slabosti) i kognitivni simptomi (primjerice, strah od gubitka kontrole, strah od smrti, osjećaji odvojenosti od samoga sebe ili osjećaj nestvarnosti). Ovi napadi počinju iznenada i kratkotrajni su. Rijetko traju duže od trideset minuta, pri čemu se vrhunac anksioznosti dostiže nakon 10 minuta ili kraće (Leahy, Holland i McGinn, 2014). Kod paničnog poremećaja, osobe doživljavaju ponavljane neočekivane panične napade. Trajno su opterećene ili zabrinute u vezi sa tim da će imati nove panične napade ili da će zbog paničnih napada na maladaptivne načine promijeniti svoje ponašanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Klinička slika paničnog poremećaja može biti različite težine, od blagih, srednje teških, do teških stanja, što se procjenjuje prema učestalosti i intenzitetu paničnih napada (Leahy i sur., 2014). Prosječna dob početka nastanka paničnog poremećaja je od 20 do 24 godine. Mali broj slučajeva počinje u djetinstvu, a početak nakon 45. godine nije uobičajan, ali je moguć. Ukoliko se poremećaj ne liječi, tok je hroničan, ali promjenjivog karaktera. Tok paničnog poremećaja komplicira se nizom drugih poremećaja, osobito nizom anksioznih poremećaja, depresivnim poremećajem i uzimanjem psihoaktivnih tvari. U općoj populaciji SAD-u i nekoliko europskih zemalja, jednogodišnja prevalencija za panični poremećaj je oko 2-3% kod odraslih osoba i adolescenata. Kliničke značajke paničnog poremećaja ne razlikuju se između muškaraca i

žena. Prisutnost paničnog napada i dijagnoza paničnog poremećaja povezani su sa povišenom stopom suicidalnih pokušaja i suicidalnih ideja. Panični poremećaj je povezan s visokim razinama socijalne, radne i tjelesne onesposobljenosti, značajnim ekonomskim izdacima i najvećim brojem medicinskih posjeta među anksioznim poremećajima (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Prema Ellisu, produženo ostajanje u stanju anksioznosti je sklonost ljudskih bića. Ljudi imaju izbor da izađu iz stanja anksioznosti, kada uoče da je ono disfunkcionalno i samoporažavajuće, odnosno da im ne pomaže u rješavanju problema u budućnosti (Ellis i Dryden, 2002). Anksioznosti se može pristupiti i kontrolisati je logičkim rasuđivanjem, jer se, u suštini, sastoji od iracionalne ideje da se zbog stvari koje djeluju opasno ili zastrašujuće moramo učiniti anksioznima (Ellis i sur., 1996).

Na osnovu teorijskih razmatranja i rezultata empirijskih istraživanja u ovom radu ćemo nastojati odgovoriti na slijedeća pitanja:

1. Koje su osnovne spoznaje o racionalno-emocionalno bihevioralnoj terapiji?
2. Koji su ishodi racionalno-emocionalno bihevioralnog tretmana u prikazanoj studiji slučaja klijenta sa paničnim poremećajem?
3. Koji empirijski dokazi potvrđuju efikasnost racionalno-emocionalno bihevioralne terapije u liječenju psihičkih poremećaja?

2. TEORIJA RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNE TERAPIJE

Posredstvom svojih vlastitih poteškoća sa anksioznošću i edukacijom u psihoanalitičkom pristupu, Ellis je 1960-tih godina, razvio temelje za novi terapijski pristup. Veliki uticaj imala su filozofska stajališta zapadnjačkih i istočnjačkih filozofa, a posebno Epitektovo stajalište, po kojem ljudi nisu uznemireni stvarima samim po sebi, već sopstvenim viđenjem stvari. Značajan utjecaj ostavilo je stajalište Karen Horney posebno o glagolima „morati i trebati“, koji obično postaju osnova iracionalnih uvjerenja kod ljudi. Adlerovo uvođenje osjećaja inferiornosti, potaklo je Ellisa da u REBT-u stavi naglasak na samoocjenjivanje i anksioznost koja iz njega proističe (Ellis i sur., 2002).

2.1. Osnovne postavke racionalno-emocionalno bihevioralne terapije

Osnovna postavka REBT-a je da emocije i disfunkcionalna ponašanja nisu rezultat nepovoljnih okolnosti i situacije u kojoj se osobe nalaze, nego načina na koji ljudi kontrolišu svoj pogled na te okolnosti. Naše misli utiču na stvaranje emocija i ponašanja, a ne događaj sam po sebi. Na taj način, kroz promjene razmišljanja i uvjerenja, možemo se i osjećati bolje i ponašati zdravije (Ellis, 1993).

Psihički procesi i poremećaji su zapravo rezultat interaktivnog djelovanja mišljenja, emocija i ponašanja i ne mogu se posmatrati izolirano. Uzroci psiholoških poremećaja proizilaze iz stajališta da su ljudi urođeno iracionalni, te da stepen i način izražavanja iracionalnosti predstavlja individualne razlike koje zavise od nasljeđa, organskih i neurofizioloških faktora, te faktora sredine u kojoj žive. Sa stanovišta REBT-a, ljudi održavaju psihički poremećaj jer nemaju uvid u to da emocionalne i bihevioralne posljedice ne izazivaju prošli ili sadašnji aktivirajući događaji, nego iracionalna uvjerenja koja oni imaju o tim događajima. U REBT-u nije nužno saznati kako i kada je poremećaj nastao da bi se prevazišao. Ukoliko se ljudi dosljedno i istrajno suprotstave svojim iracionalnim uvjerenjima na kognitivnom, emotivnom i bihevioralnom planu, imat će mogućnost da ih promijene u racionalna i na taj način da postanu manje uznemireni (Ellis i sur., 2002).

REBT polazi od pretpostavke da su ljudi usmjereni ka ciljevima, koji su u osnovi hedonistički, te teže da što zadovoljnije prožive svoj život. Ljudi u izvjesnoj mjeri, sami stvaraju i usvajaju samoporažavajuća ponašanja i emocije iskrivljenim, nelogičnim i nerealističnim mišljenjem (Marić, 2003). Prema REBT teoriji, čovjek je jedinstven

organizam među svim živim bićima, a njegova jedinstvenost ogleda se u tome, što je u stanju da misli i da misli o svom mišljenju. Mišljenje i emocije, gotovo uvijek utiču jedni na druge. Mišljenje koje je uključeno u emocionalno reagovanje obuhvaćeno je pojmom *vruća kognicija* i uključuje vrednovanje. Neemocionalno mišljenje obuhvaćeno je pojmom *hladna kognicija* i ne uključuju vrednovanje (Marić, 2003). Ljudi se samoindoktriniraju, pomoću unutrašnjih rečenica i verbalizacija, upućenih sebi. Shodno tome, jedna od najmoćnijih i najelegantnijih metoda, koje ljudi mogu koristiti za mjerenje, a posebno modifikovanje svojih samoosjećujućih emocija i sabotirajućih ponašanja, sastoji se od jasnog sagledavanja, razumijevanja, preispitivanja i suprostavljanja sopstvenim unutrašnjim tekstovima (Ellis i Harper, 1996). Kada govorimo o prirodi emocija, prema REBT konceptu, možemo napraviti distinkciju između zdravih i nezdravih emocija. Negativna emocija je adaptibilna i zdrava posljedica negativnih događaja, kao što je zdrava emocija povoljnih događaja, pozitivno osjećanje. Negativne emocije mogu biti funkcionalne i disfunkcionalne za osobu. Među disfunkcionalne emocije ubrajamo: osjećanje krivice, depresivnost, anksioznost, bijes, mržnju, povrijeđenost, osramoćenost. Zdrave, alternativne emocionalne reakcije, koje dovode do pozitivnih ishoda su: osjećanje tuge umjesto depresije, kajanja umjesto krivice, obazrivosti umjesto anksioznosti, ljutnje umjesto bijesa (Marić, 2003).

REBT nastoji klijentima dati uvid u činjenicu da su svi ljudi skloni pogreškama i nesavršenostima, ali i da imaju i mogućnost vlastitog rasta i razvoja (Corey, 2004). REBT je aktivna, direktivna i edukativna forma terapije. Terapeuti su kroz bezuslovno prihvatanje klijenata usmjereni na otkrivanje filozofske pozadine psiholoških problema klijenata, s ciljem ukazivanja na snagu klijenata da se suprostave i promijene svoju iracionalnu filozofiju, koja ih sprečava u postizanju postavljenih životnih ciljeva. Važan segment terapijskog odnosa je afektivna i filozofska empatija, kojom terapeuti pokazuju suosjećanje i želju da pomognu klijentima i da razumiju filozofsku pozadinu njihovih psiholoških problema (Marić, 2003).

2.2. *Ellisov prošireni A-B-C-D-E model emocionalnih poremećaja*

REBT počiva na Ellisovom ABC modelu emocionalnih poremećaja. Ovaj model korišten je kako bi se konceptualizirali problemi klijenata (Ellis i sur., 2002). Ellis je osmislio jednostavnu konceptualnu shemu (ABC RET), kako bi pokazao ulogu misaonog procesa u emocionalnom poremećaju. U ovom sistemu A označava aktivirajući događaj (aktivirajuće iskustvo), koji je obično opažaj neke mrske ili nepovoljne pojave u okruženju klijenata. C

označava emocionalne i bihevioralne posljedice, te predstavlja neprijatnu afektivnu reakciju koja, u stvari, dovodi klijente u terapeutovu oridinaciju. *B* predstavlja sistem uvjerenja klijenata. Sistem uvjerenja se sastoji od dva tipa uvjerenja: racionalnih i iracionalnih, što u stvari predstavlja fokus terapeuta (Valen, Diđuzepe, Drajdén, 2011). Ljudima često djeluje da aktivirajući događaj (*A*) dovodi do emocije (*C*), međutim to nije istina. Uvjerenja (*B*) su odgovorna za emociju koju osjećamo (Ellis i Dryden, 2002). Primarni zadatak terapeuta je da klijente nauči da su njihovi psihološki problemi posljedica kognitivnih procesa pogrešnog opažanja i iracionalnih razmišljanja. Konkretno, emocije u velikoj mjeri proizilaze iz onoga što sebi govorimo. Ellisov ABC model racionalno-emocionalne terapije pomaže da se klijentima objasni izvor njihove emocionalne patnje. U svom proširenom obliku Ellisov A-B-C-D-E model, pokazuje na koji način klijenti mogu da umanje emocionalnu patnju. U proširenom modelu *D* predstavlja osporavanje, u kojem klijenti uče da osporavaju iracionalna razmišljanja, dok *E* predstavlja novi efekat uspješnog osporavanja, odnosno racionalniju filozofiju i efekat koji je u skladu sa efikasnim rješavanjem problema. Prema tome, REBT ne pomaže samo u promjeni uvjerenja, nego pomaže da dođe i do promjene aktivnosti i često koristi bihevioralne domaće zadatke, a u cilju ostvarenja oba cilja (Valen i sur., 2011).

Promjena iracionalnih uvjerenja i stvaranje racionalnih uvjerenja predstavlja jezgro ili umjetnost racionalno-emocionalne terapije. Osporavanje, rasprava ili dovođenje u pitanje iracionalnog sistema uvjerenja klijenata može biti kognitivne, imaginativne i/ili bihevioralne prirode. Putem osporavanja, klijentima se pomaže da ispituju i ospore svoje aktuelne načine razmišljanja i da razviju nove funkcionalnije načine razmišljanja. Promjenom disfunkcionalnog razmišljanja klijenti se mogu osloboditi emocionalnog poremećaja od kojeg pate (Valen i sur., 2011). U nastavku ćemo navesti neke od strategija osporavanja.

2.2.1. Kognitivne strategije osporavanja

Kognitivne strategije osporavanja su pokušaji da se promijene pogrešna uvjerenja klijenata putem filozofskog uvjeravanja, didaktičkih prezentacija, sokratovskog dijaloga i drugih oblika verbalnog izražavanja. Jedna od najvažnijih alatki u kognitivnom osporavanju je upotreba *pitanja*. U osporavanju pitanja „zašto“ mogu biti posebno plodonosna. Odgovor na pitanje „zašto“ zahtjeva dokaz ili opravdanje uvjerenja, a kako za iracionalno uvjerenje nema dokaza, klijenti mogu vidjeti logiku u odustajanju od njih (Valen i sur., 2011).

Postoje tri vrste pitanja koje terapeuti koriste pri osporavanju iracionalnih uvjerenja, a to su:

- *Logička osporavajuća pitanja* koja traže logičku dosljednost ili semantičku jasnoću u razmišljanju klijenata i mogu se koristiti u osporavanju bilo kojeg iracionalnog uvjerenja (Valen i sur., 2011).
- *Osporavajuća pitanja kojima je cilj testiranje realnosti*- u okviru ovih pitanja od klijenata se zahtjeva da procijene da li su njihova uvjerenja u skladu sa empirijskom stvarnošću. Bez obzira na to koliko snažno klijenti vjerovali u to da svijet „mora“ biti onakav kakav oni žele da bude, univerzum se obično ne mijenja da bi odgovarao tom „mora“ (Valen i sur., 2011). Osporavajuća pitanja mogu od klijenata zahtijevati da ponovo procijene da li će se neki događaji u budućnosti dogoditi, i ako se dogode, da li će posljedice biti toliko užasno strašne i neprijatne koliko klijenti misle da će biti (Marić, 2003).
- *Pragmatična osporavajuća pitanja* odnose se na pitanja koja ne osporavaju logiku klijentovih razmišljanja, nego služe kao sredstva klijentima da ispitaju hedonističku vrijednost njihovih sistema uvjerenja (Marić, 2003).

Pored navedenog, terapeuti u terapiji mogu da koriste i didaktičke strategije kognitivnog osporavanja, uključujući i upotrebu mini-predavanja, analogija i parabola. Predavanja treba da budu kratka i koriste se kada se klijentima predstavljaju nove ideje. U sklopu kognitivnog osporavanja terapeuti mogu koristiti i humor ili pretjerivanje, te tehnike paradoksalne namjere. Meta humora su uvijek iracionalna uvjerenja klijenata, a ne klijenti. Također, jedna od kognitivnih strategija je upotreba *vikarijskog modeliranja*. Naime, terapeuti često mogu da naglase klijentima da veliki broj ljudi u njihovom okruženju imaju slične aktivirajuće događaje, pa ipak nemaju svi prenaplašene emocionalne reakcije, jer se ne drže istih iracionalnih uvjerenja (Valen i sur., 2011).

2.2.2. *Imaginativne strategije osporavanja*

Varijacija kognitivnih strategija osporavanja uključuje upotrebu slika. U jednom takvom postupku nakon kognitivnog osporavanja, terapeuti mogu zatražiti od klijenata da se ponovo zamisle u problematičnoj situaciji. Terapeuti u svom radu koriste tehniku zamišljanja poznatu kao racionalno-emotivno zamišljanje (REI). Prednost tehnike racionalno-emotivnog zamišljanja je u tome što podstiče klijente da budu aktivni tokom seanse, te omogućava

terapeutima da provjere da li klijenti mijenjaju svoja disfunkcionalna uvjerenja vježbajući adekvatne racionalne kognicije (Valen i sur., 2011).

U *negativnom racionalno-emotivnom zamišljanju*, klijenti zatvaraju oči, zamišljaju sebe u problematičnoj situaciji (A) i pokušavaju da dožive svoje uobičajeno emocionalno samoodmažujuće osjećanje (C). Terapeuti sačekaju da ih klijenti izvjeste o prisutnom osjećanju, a zatim traže od klijenata da usmjere pažnju na unutrašnje rečenice, za koje se čini da su povezane sa nepoželjnim emocionalnim posljedicama. Nakon toga, terapeuti daju klijentima instrukcije kako da promijene osjećanje, samoodmažuju negativnu emociju u konstruktivniju samopomažujuću negativnu emociju (npr. anksioznost u zabrinutost). Nakon što klijenti ispune zadatak da im se upustvo da otvore oči, nakon čega informišu terapeute na koji način su uspjeli da promijene emociju. Gotovo bez izuzetka, odgovor otkriva kognitivnu promjenu (Valen i sur., 2011).

U *pozitivnom racionalno-emotivnom zamišljanju*, klijenti sebe zamišljaju u problematičnoj situaciji, ali vide sebe kako se ponašaju i osjećaju drugačije. Naprimjer, klijenti koji imaju strah od javnih nastupa sebe zamišljaju kako govore pred razredom ili na sastanku i osjećaju se relativno opušteno dok to rade. Kada klijenti izvjeste terapeute da imaju tu sliku, terapeuti traže informaciju o tome šta su sebi govorili, kako bi to postigli. Ova tehnika je korisna jer omogućava klijentima da vježbaju pozitivan plan i razviju vještine preovladavanja stresa (Valen i sur., 2011).

Srodna tehnika zamišljanja, koju koriste kognitivni terapeuti, jeste procedura „*preplavlivanja*“, u kojoj klijenti zamišljaju buduće neželjene događaje, a zatim ih preuveličavaju, u odnosu na ono što bi se realno moglo dogoditi. Upotrebom pretjerivanja klijenti mogu naučiti da sagledaju smiješnu stranu svojih strahova, tako da humorom rasprše strah (Valen i sur., 2011).

2.2.3. *Bihevioralne strategije osporavanja*

Tokom bihevioralnog osporavanja klijenti svoja iracionalna uvjerenja dovode u pitanje, tako što se, ponašaju na način koji se suprotavlja njihovim iracionalnim uvjerenjima. Bihevioralno osporavanje klijentima daje iskustva koja su suprotna njihovom aktuelnom iracionalnom sistemu uvjerenja. Zadatak klijenata je da se ponašaju suprotno svojim iracionalnim uvjerenjima. Bihevioralna osporavanja uobičajno se koriste izvan terapeutove

ordinacije u obliku domaćih zadataka, ali također se mogu koristiti i tokom seanse (Valen i sur., 2011).

Jedna od bihevioralnih strategija osporavanja koja se najčešće koristi kod doživljavanja anksioznosti i induciranja panike je *hiperventilacija*. Tokom seanse klijenti mogu biti podstaknuti da hiperventiliraju ili naprave neke živahne pokrete koji stimulišu ubrzano plitko disanje, znojenje, vrtoglavicu ili podrhtavanje ekstremiteta, a nakon toga rade sa terapeutima na osporavanju kognitivnih uvjerenja (Valen i sur., 2011). Budući da je središnji strah klijenata sa paničnim poremećajem strah od samog paničnog napada, izlaganje tjelesnim senzacijama omogućava klijentima da odbace svoja uvjerenja da su panični napadi opasni. Tjelesni simptomi panike izazivaju se na umjetan način kod klijenata tokom i između seansi, s ciljem dugoročnog smanjivanja straha od simptoma panike. Ograničenja pretjeranog disanja u indukciji panike odnose se na klijente koji imaju problema sa astmom, kardiovaskularnim i plućnim poremećajima (Leahy i sur., 2014).

Konstrukcija hijerarhije straha zasniva se na konstruiranju hijerarhije strahova od najmanje do najviše zastrašujuće situacije. Terapeuti pitaju klijente kojih se situacija boje i/ili teže da ih izbjegavaju. Nakon toga, terapeuti traže od klijenata da svakoj zastrašujućoj situaciji dodijele procjenu nelagode na skali od 0 do 10. Najpoželjnije je oblikovati hijerarhiju straha rangirajući situacije u kojima se klijenti mogu izložiti bez upotrebe sigurnosnih ponašanja. Ukoliko su sigurnosna ponašanja ipak uključena u hijerarhiju, trebalo bi ih prorijediti što je prije moguće. Nakon konstrukcije hijerarhije straha, terapeuti uspostavljaju slijed koraka koje klijenti trebaju preduzeti, počevši od najmanje zastrašujuće situacije u hijerarhiji i završavajući s najviše zastrašujućom situacijom. Ukoliko se klijenti previše boje da počnu sa izlaganjem uživo, čak i s najmanje zastrašujućom situacijom na hijerarhiji, izlaganje može početi tako da se klijenti izlože izlaganjem situaciji u svojoj mašti. Od klijenata se traži da ne upotrebljavaju sigurnosna ponašanja tokom izlaganja uživo ili u mašti. Seansa izlaganja je gotova kada je jasno da su pogrešne procjene klijenata odbačene, kada nestane potreba za bijegom iz situacije ili kada klijenti nauče da mogu tolerisati osjećaje anksioznosti i suočiti se sa zastrašujućom situacijom (Leahy i sur., 2014).

„*Djavalji advokat ili oponiranje*“, tehnika je koja se koristi u svrhu testiranja vrijednosti neke tvrdnje pomoću zagovaranja suprotne tvrdnje. Ova tehnika je analitički korisna jer se planski fokusira na suprotno mišljenje. Na taj način aktiviraju se sva instinktivna ponašanja vezana uz fokusiranje na: jednodimenzionalno sagledavanje problema kroz prizmu pristranosti i

predrasuda vezanih uz navedeno mišljenje, izbjegavanje alternativnih rješenja, procjenjivanje dokaza, te na pridavanje veće vrijednosti onim dokazima koji podržavaju naše mišljenje, a pridavanje manje vrijednosti i odbacivanja dokaza koji ga ne podržavaju (Kopal i Korkut, 2011).

Igranje uloga je bihevioralna tehnika kojom klijenti pod tutorstvom terapeuta vježbaju novo ponašanje, koje je više u skladu sa racionalnom filozofijom. Kod racionalne zamjene uloga od klijenata se traži da igraju „glas razuma“, dok je zadatak terapeuta da oponašaju iracionalna uvjerenja klijenata. Ova strategija je način osnaživanja uvjerenosti klijenata u racionalnu filozofiju (Valen i sur., 2011).

Glavno pravilo u REBT-u je, da efekti neće biti značajni i trajni, ukoliko klijenti ne budu vježbali svoje filozofsko restrukturiranje. Jedno od osnovnih sredstava za pomoć klijentima da se drugačije ponašaju je upotreba *domaćih zadataka*. Tako se klijentima daje način da generaliziraju rad sa terapije izvan granica terapeutovih ordinacija. Specifični ciljevi domaćih zadataka mogu biti da se promijeni disfunkcionalno ili uspostavi adaptibilno ponašanje, da se smanje iracionalne kognicije i zamjene korisnijima, ili da se odredi koliko su klijenti razumjeli osnovne principe terapije. U okviru domaćih zadataka glavni naglasak se stavlja na aktivnost (Valen i sur., 2011).

Vježbe relaksacije disanjem su kratke i mogu biti osobito korisne za klijente čija se anksioznost manifestuje kroz teškoće disanja. Klijente je potrebno podučiti dijafragmalnom disanju. Često su klijenti naučeni disati samo gornjim dijelom pluća, uvlačeći abdomen dok dišu. To može dovesti do hiperventilacije i drugih teškoća disanja. Kod dijafragmalnog disanja, dijafragma u osnovi pluća se rastegne, što gura abdomen prema vani i uvlači zrak u donji dio pluća. Potrebno je modelirati dijafragmalno disanje klijentima, tako što će terapeuti staviti ruku na svoj abdomen, gurajuće je unutra dok izdišu i vani dok udišu. Nakon toga, klijentima se sugerije da učine isto, nastavljajući disati na taj način otprilike dvije minute. Klijente je potrebno informisati da uzimaju udisaje uobičajne veličine, umjesto da duboko dišu, kako bi se izbjegla hiperventilacija. Neki će klijenti morati i do sedam dana vježbati dijafragmalno disanje, prije nego ih terapeuti poduče vježbama relaksacije. Klijente možemo podučiti zadržavanju daha tako što će udisati kroz nos i brojati do tri, uvlačeći zrak u donji dio pluća. Zatim im terapeuti sugeriju da zadržate dah brojeći do tri, nakon čega oslobađaju dah kroz napučene usnice, dok sebi govori „opusti se“. Pored navedenog terapeuti mogu klijente obučiti ritmičkom disanju, tako što će udisati kroz nos brojeći do tri ili šest, ovisno o

tome koliko mu je ugodno. Nakon toga, potrebno je da izdišu kroz nos u istom broju, bez zadržavanja daha. Tokom vježbe klijenti nastavljaju disati u ovom ritmu nekoliko minuta (Leahy i sur., 2014).

Trijada samokontrole predstavlja uobičaju tehniku samokontrole. Podrazumijeva postupak kojim se prekida nepoželjno stanje ili ponašanje. Klijenti, u situacijama kada osjete intenziviranje nepoželjnog osjećaja, zamišljaju da glasno izgovore „STOP!“ ili da vizualiziraju taj znak. Neposredno nakon zaustavljanja naviranja nepoželjnih emocija umiruju se relaksacijom ili preusmjeravanjem pažnje (distrakcijom). Nakon toga klijenti se nagrađuju, kako bi se potkrepljenjem povećala učestalost željenog ponašanja, odnosno samokontrole (Boričević Maršanić, Zečević, Paradžik, Šarić, Karapetrić Bolfan, 2015).

Jedna od tehnika asertivne komunikacije je „*pokvarena ploča*“. Ova tehnika podrazumijeva da se sagovorniku stavi jasno do znanja da smo ga čuli i razumjeli i da ne dozvoljavamo da centar pažnje bude pomjeren na drugu stranu. Fokusiramo se i usmjerimo na kratak i jasan sadržaj (tekst) pokvarene ploče i istrajavamo u tome (Marković, 2018).

2.3. *Racionalno-emocionalno biheviralni terapijski pristup kod anksioznih poremećaja*

REBT praktičari mogu efikasno koristiti isti terapijski pristup u tretmanu različitih anksioznih poremećaja, za razliku od upotrebe protokola liječenja koji su specifični za određeni anksiozni poremećaj. REBT jedinstveno postavlja teoriju emocija koja uključuje kvalitativnu, za razliku od kvantitativne promjene u emocijama. Umjesto smanjenja inteziteta emocija, REBT naglašava važnost mijenjanja negativnih emocija u zdravu emociju, nezdravu anksioznost mijenja u zabrinutost. Osim neugodnih i nezdravih fizioloških aspekata, anksioznost rezultira ponašanjima bijega ili izbjegavanja (odugovlačenje, nedostatak asertivnosti), što se negativno može odraziti na funkcioniranje pojedinaca. U terapijskom radu neophodno je da klijenti shvate da njihova ekstremna i kruta uvjerenja o aktivirajućem događaju, u velikoj mjeri određuju njihove emocionalne posljedice i bihevioralne oblike ponašanja (terapeuti podučavaju klijenta Ellisovom A-B-C modelu). Budući da anksioznost uključuje precjenjivanje prijetnje, klijenti sa problemima anksioznosti predviđaju da su posljedice određene situacije mnogo gore od stvarnog ishoda („užasne“, „katastrofalne“). Čineći to, klijenti šalju signal mozgu da su zaista u opasnosti. Kao posljedica nevedenog signala, aktivira se njihov simpatički sistem, koji reaguje kao da postoji stvarno prisustvo

prijetnje ili štete. Uz pomoć psihoedukacije provedene od strane terapeuta, klijenti se informišu da su njihovi simptomi panike rezultat aktivacije simpatskog nervnog sistema i da nisu rezultat srčanog udara. Navedene senzacije su jako neugodne, te pojedinci koji imaju iracionalna uvjerenja mogu doživjeti sekundarni emocionalni poremećaj anksioznosti, zbog svoje anksioznosti. Osobe sa anksioznim poremećajima često mogu iskusiti depresiju, sekundarnu anksioznost, stid, ljutnju, krivicu ili neku drugu nezdravu negativnu emociju. Ukoliko se tokom seanse identifikuje sekundarni emocionalni poremećaj, bilo bi korisno da se terapeuti i klijenti prvo usmjere na rješavanje navedenih emocionalnih problema. Pored ekstremnih uvjerenja o užasnoj netoleranciji na frustracije, klijenti sa problemom anksioznosti imaju mnoge rigidne zahtjeve, kao recimo zahtjeve za izvjesnosti, udobnosti ili perfekcionističke zahtjeve. Apsolutistički zahtjevi („treba“ i „mora“) stoje u srži klijentovih emocionalnih problema. Prilikom rada sa klijentima koji imaju anksiozni poremećaj važno je da terapeuti ne budu usmjereni samo na apsolutističke zahtjeve, nego trebaju obratiti pažnju i na njihove derivate. Oспорavanje iracionalnih uvjerenja i njihovih derivata, te stvaranje novih racionalnih uvjerenja, pomoći će klijentima u suočavanju sa problemom anksioznosti. Bihevioralne tehnike su ključna komponenta REBT-a, a posebno su važne u slabljenju iracionalnih uvjerenja i jačanju racionalnih uvjerenja. Važno je da klijenti shvate da će terapija biti saradnička i da će zahtijevati trud i naporni rad od strane klijenata, sa naglaskom na važnost domaće zadaće i vježbi izvan seanse. Konačni ključni teorijski koncept u radu sa anksioznim poremećajima je *elegantno rješenje*. Elegantnim rješenjem podstičemo klijente da se suoče sa najgorim scenarijem i promjene svoja kruta i ekstremna uvjerenja, kako bi se promijenili anksioznost u zabrinutost (Hickey, 2019).

3. PANIČNI POREMEĆAJ: GLAVNA KLINIČKA OBILJEŽJA

Panični poremećaj je jedan od anksioznih poremećaja, čije su centralno obilježje ponavljajući i iznenadni spontani panični napadi. Panični napad je iznenadna i značajna epizoda nelagode i/ili straha koju prate različiti tjelesni simptomi (primjerice, lupanje srca, drhtanje, doživljaj gušenja ili gubitka daha, znojenje, bol u prsima, mučnina, vrtoglavica, obamrlost, valovi vrućine ili hladnoće, slabosti) i kognitivni simptomi (primjerice, strah od gubitka kontrole, strah od smrti, osjećaj odvojenosti od samoga sebe ili osjećaj nestvarnosti). Ovi napadi počinju iznenada i kratkotrajni su. Rijetko traju duže od trideset minuta, pri čemu se vrhunac anksioznosti dostiže nakon 10 minuta ili kraće (Leahy i sur., 2014). Najmanje četiri od navedenih simptoma prisutni su prilikom pravog paničnog napada, dok se doživljavanje dva ili tri od navedenih simptoma označava kao *panični napad sa ograničenim brojem simptoma*. Panični poremećaj biće dijagnosticiran ukoliko su klijenti imali dva ili više paničnih napada i ukoliko je barem jedan od ovih napada bio praćen kontinuiranim strahom (tokom perioda od jednog ili više mjeseci), da će doživjeti ponovni panični napad ili strahom od mogućih posljedica novog napada (Born, 2012).

Panični napadi mogu djelovati kao da dolaze spontano, ili se mogu pojaviti u prisutnosti zastrašujuće situacije. Kognitivni simptomi kao što su strah od gubitka kontrole, od toga da će osoba poludjeti ili umrijeti, zajedno sa potrebom da se pobjegne iz situacije, glavna su obilježja neočekivanog napada. Tokom vremena, ponavljani neočekivani napadi često postanu situacijski (Leahy i sur., 2014).

Dijagnoza paničnog poremećaja postavlja se tek nakon što se isključe mogući medicinski uzroci, u koje se ubrajaju hipoglikemija, hipertireodizam, reakcije na prekomjeren unos kofeina, apstinencijski sindrom nakon upotrebe alkohola ili sedativa. Panični poremećaj uzrokovan je kombinacijom nasljednih faktora, biohemijskim disbalansima u mozgu i stresom. Izenadan gubitak ili velike životne promjene mogu predstavljati okidače za pojavu paničnih napada (Born, 2012).

Nakon prvog paničnog napada klijenti sa paničnim poremećajem postanu pretjerano usmjereni na tjelesne doživljaje panike, počnu brinuti na katastrofičan način o posljedicama tjelesnih doživljaja, što ima za posljedicu razvoj stalno prisutne anksioznosti u očekivanju budućih paničnih napada (Leahy i sur., 2014). Strah od ponovnih napada jedno je od osnovnih obilježja paničnog poremećaja (Born, 2012).

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM-IV, za razliku od DSM-V, razlikovao je panični poremećaj sa ili bez agorafobije, pri čemu je prvi oblik mnogo

učestaliji. Aforafobija predstavlja strah od boravka na mjestu na kojem se može doživjeti panični napad i teško se može dobiti pomoć, uz prisutan strah da će panični napad dovesti do gubitka kontrole, bolesti ili smrti. Zastrašujuće situacije mogu uključivati otvorene ili zatvorene prostore, boravak nasamo ili u gomili ljudi, javne prostore, tunele, mostove, putovanja u autobusima, automobilima, avionima i sl. Osobe koje pate od agorafobije mogu ili u potpunosti izbjegavati zastrašujuće situacije, izdržavati ih uz neugodu ili se koristiti sigurnosnim oblicima ponašanja (Leahy i sur., 2014). Između 1 i 2 % populacije ima čist panični poremećaj, dok je kod 5% populacije panični poremećaj praćen agorafobijom (Born, 2012).

Prosječna dob početka paničnog poremećaja je od 20 do 24 godine. Mali broj slučajeva počinje u djetinstvu, a početak nakon 45. godine nije uobičajan, ali je moguć. Ukoliko se poremećaj ne liječi, tok je hroničan, ali promjenjivog karaktera. Tok paničnog poremećaja tipično se komplicira komorbiditetom sa nizom drugih poremećaja, osobito sa anksioznim poremećajima, depresivnim poremećajima i poremećajima uzimanja psihoaktivnih tvari. U općoj populaciji SAD-u i nekoliko europskih zemalja, jednogodišnja prevalencija za panični poremećaj je oko 2-3% kod odraslih osoba i adolescenata. Kliničke značajke paničnog poremećaja ne razlikuju se između muškaraca i žena. Prisutnost paničnih napada i dijagnoza paničnog poremećaja povezani su sa povišenom stopom suicidalnih pokušaja i suicidalnih ideja. Panični poremećaj je povezan s visokim razinama socijalne, radne i tjelesne onesposobljenosti, značajnim ekonomskim izdacima i najvećim brojem medicinskih posjeta među anksioznim poremećajima (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

4. STUDIJA SLUČAJA: RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORALNI TRETMAN KLIJENTA SA PANIČNIM POREMEĆAJEM

S obzirom da je autorica REBT terapeut pod supervizijom, u nastavku će biti prikazana studija slučaja klijenta N.N. sa paničnim poremećajem, iz njene prakse.

4.1. Podaci o klijentu

Klijent N.N. (24 godine), student je četvrte godine fakulteta društvenih nauka. Studira u drugom gradu, gdje živi sa cimerom. Potiče iz četveročlane porodice. N.N nije oženjen. Navodi da je imao više kraćih i jednu dužu ljubavnu vezu. Ima veliki broj prijatelja, sa kojima se intenzivno druži.

Tokom djetinjstva i odrastanja odnosi unutar porodice bili su uredni. Od treće do pete godine N.N. je boravio u izbjeglištvu, sa majkom i bratom. Tokom cijelog tog perioda ispoljavao je regresivno ponašanje u obliku noćne enureze, koje se zaustavilo danom povratka u rodno mjesto. Tokom života nije imao tjelesnih oboljenja,

Specijalisti neuropsihijatru upućen je prema preporuci specijaliste porodične medicine, a nakon obavljenih medicinskih pretraga, kojima nije pronađen organski uzrok za somatske smetnje koje je osjećao. Psihologu se obraća prema preporuci specijaliste neuropsihijatra, uputna dijagnoza Disocijativni poremećaj, traži se nalaz i mišljenje psihologa. Prema nalazu i mišljenju psihologa kod N.N. dominiraju znaci anksioznosti, uz prisustvo povremenih paničnih napada. Evidentne su smetnje u svakodnevnom funkcioniranju. N.N. je preokupiran postojećim problemom anksioznosti i paničnim strahom od bolesti. Prema strukturi ličnosti radi se o odgovornoj osobi, samokritičnoj, osobi nesigurnoj u sebe, niskog samopouzdanja, sklonoj opsesivnom mišljenju tipa ruminiranja. Uočava se bezvoljnost, pad interesa za vanjski svijet, uz prisutan depresivni afektivni ton. U socijanim kontaktima N.N. manifestuje defanzivne oblike ponašanja. Nakon uvida u nalaz i mišljenje psihologa specijalista neuropsihijatar postavlja Dg. Anksiozni poremećaj sa paničnim napadima. Od farmakoterapije koristi Leksaurin tablete, po potrebi. N.N. je bio uključen na psihoterapijski tretman, primjena geštalt metode. Smatrao je da se nije osjećao bolje, te da se svaki put poslije seanse osjećao lošije. Nije vidio svrhu i cilj terapije. Samovoljno je napustio psihoterapijski proces geštalt psihoterapije. Nakon završene psihološke procjene, klijentu je predložen REBT tretman od strane psihologa, kojeg je prihvatio uz zahvalnost.

4.2. Procjena problema

Tokom psihološke procjene dobila sam informacije da je N.N. prije šest mjeseci imao prvi panični napad, dok se vozio u autobusu, nakon čega je napustio autobus prije željenog odredišta. Postajao je svakim danom sve anksiozniji, što se počelo negativno odražavati na njegovo svakodnevno funkcioniranje (izbjegavao je: izlaske sa prijateljima, boravak van kuće, vožnje u autobusu, odlaske na mjesta gdje ima mnogo ljudi, te da spava sa ugašenim svjetlom). Uz redovno korištenje farmakoterapije, preporučene od strane specijaliste neuropsihijatra, imao je još dva panična napada. N.N. je verbalizirao katastrofične kognicije: tjelesne („dobit ću infarkt“), socijalne („napraviti ću budalu od sebe“), te strah od gubitka kontrole („izgubiti ću kontrolu pa mogu ubiti nekog“). N.N. je učestalo bio napet, kako navodi bez prestanka. Napetost se smanjivala uz upotrebu anksiolitika, ali se brzo vraćala. Na bihevioralnom planu manifestovao je izbjegavajuće i sigurnosne oblike ponašanja.

Iz navedenog sam zaključila da je precipitator u nastanku problema bio prvi panični napad, koji se dogodio prilikom vožnje u autobusu. Nakon prvog paničnog napada N.N. je učestalo strahovao od ponovnog javljanja paničnog napada.

Definisali smo listu problema: anksioznost od pomisli na novi panični napad, učestala anksioznost koja ga ometa u svakodnevnom funkcioniranju, osjećaj nesigurnosti kada nema u džepu anksiolitika, strah da zaspi sa ugašenim svjetlom.

Nakon toga, zajednički smo odredili ciljeve terapije: smanjiti broj paničnih napada, smanjiti razinu anksioznosti, te spavati sa ugašenim svjetlom.

4.3. Plan tretmana

Prema Ellisovom ABC modelu psihičkih poremećaja da bi klijent uspio prevazići problem anksioznosti i paničnih napada, potrebno je da otkrije i promijeni svoju kognitivnu evaluaciju, odnosno iracionalna uvjerenja vezana za panični napad. Iz navedenih razloga planirala sam da, nakon što N.N. podučim osnovama Ellisovog ABC modela, se fokusiram na otkrivanje njegovih uvjerenja (B) koja uzrokuju i održavaju njegovo osjećanje povišene anksioznosti, te dovode do paničnog napada (C). U ovom slučaju anticipacija mogućeg paničnog napada predstavljala je aktivirajući događaj (A).

S ciljem rješavanja prvog postavljenog problema, a koji se odnosio na anksioznost od pomisli na ponovni panični napad, plan tretmana uključivao je slijedeće: psihoedukaciju, podučavanje B-C veze, identifikovanje iracionalnih uvjerenja za konkretnu ABC epizodu, podučiti N.N. da razlikuje iracionalna od racionalnih uvjerenja, te izvršiti logičku, empirijsku i funkcionalnu raspravu njegovih iracionalnih uvjerenja. Nakon toga, plan tretmana uključivao bi primjenu metode racionalno-emotivnog zamišljanja, te zadati mu domaći zadatak, tokom koje će N.N. kao pomoć koristiti ABCDE obrazac za samostalnu analizu.

S ciljem rješavanja drugog i trećeg problema, koji su se odnosili na: učestalu anksioznost (koja ga je ometala u svakodnevnom funkcioniranju) i nemogućnost spavanja sa ugašenim svjetlom, planirala sam primjeniti vježbe relaksacije disanjem i bihevioralnu metodu konstrukcije hijerarhije strahova, kako bi se smanjila razina anksioznosti.

Korištenjem i podučavanjem N.N. kognitivnim, emotivno-imaginativnim tehnikama, kao i bihevioralnim tehnikama ekspozicije i relaksacije, očekivalo se da će doći do promjene disfunkcionalnog načina razmišljanja u funkcionalni. Navedeno bi dovelo do smanjenja anksioznosti i rješavanja problema paničnog napada, s obzirom da putem medicinskih pretraga nije pronađen organski uzrok postojećih somatskih problema.

4.4. Tok tretmana

Tretman je trajao ukupno šest mjeseci. Sačinjavao je jedanaest seansi, koje su u prosjeku trajale jedan čas.

Prva seansa: Prvu seansu započela sam psihoedukacijom N.N. o pojmu anksioznosti i nastanku paničnih napada. Cilj je bio povećati mu uvid u trenutno psihičko stanje. Objasnjen mu je pristup i način rješavanja problema putem REBT-a. Nakon toga, podučila sam ga Ellisovom ABC modelu, te sam mu objasnila B-C veze na neovisnom primjeru. Nakon prve seanse dobio je domaći zadatak da prati i zapisuje misli koje dovode do pojačavanja razine anksioznosti. Reagovao je jako zainteresirano, rado je prihvatio domaći zadatak i verbalizirao kako se mnogo bolje osjeća nakon dobivenih informacija o anksioznosti i uvida kako mislima može kontrolirati postojeći problem. Također, tokom prve seanse N.N. je popunio skalu SCL-90-R i Jangov inventar za procjenu ranih maladaptivnih shema. Rezultati na ovim mjernim instrumentima predstavljali su osnovu za evaluaciju ishoda tretmanskog procesa.

Narednih 6 seansi: Naredna seansa započela je uvidom u domaći zadatak, kojeg je N.N. uredno obavio i priložio, što se ponavljalo i tokom narednih susreta. Zajedničkim dogovorom odlučili smo da radimo na njegovom primarnom problemu, a koji se odnosio na anksioznost od pomisli na ponovni panični napad. Aktivirajući događaj u navedenom problemu odnosio se na anticipaciju mogućeg paničnog napada, što je dovodilo do porasta anksioznosti. Povišen nivo anksioznosti predstavljao je novi aktivirajući događaj za dalje povećanje razine anksioznosti, koji je mogao eskalirati u panični napad. Putem B-C modela kod N.N. su otkrivena dva iracionalna uvjerenja: „*Ne smijem imati panični napad, jer je to za mene nepodnošljivo*“, te drugog iracionalnog uvjerenja: „*Moram spriječiti panični napad, jer je strašno ako se opet dogodi*“. Kao posljedica prisutnih iracionalnih uvjerenja kod N.N. je došlo do porasta anksioznosti, straha od bolesti i posljedica bolesti. Na ponašajnom planu izbjegavao je situacije u kojima je doživio panični napad, kao i druge tome slične situacije. Podsjetila sam ga na Ellisov ABC model, te je uvidio da mora promijeniti postojeće razmišljanje (iracionalna uvjerenja). Nakon logičke, empirijske i funkcionalne rasprave iracionalnog uvjerenja, osporili smo njegovo apsolutičko (prvo) iracionalno uvjerenje. Razvio je racionalno uvjerenje koje glasi: „*Smijem imati panični napad iako ne bi želio da mi se dogodi, a ako se dogodi ja to mogu podnijeti*“. Nakon kognitivnog osporavanja primjenjena je metoda negativnog racionalno-emotivnog zamišljanja, te je N.N. data domaća zadaća da tri puta dnevno primjenjuje navedenu metodu, kako bi učvrstio nova stečena racionalna uvjerenja. Podučen je kako da koristi vježbe disanja koje mu pomažu da se relaksira, te da razlikuje napeto od opuštenog stanja, a sa ciljem što efikasnije upotrebe ovih metoda u kritičnim situacijama.

Međutim, tokom *četvrte seanse* primjećujem da je N.N. i dalje nastojao da izbjegne panični napad, tako što bi prilikom povećanja anksioznosti uvijek radije popio anksiolitik, nego se suočio sa problemom i izdržao ga. Također, izbjegavao je situacije u kojima postoji vjerovatnoća da se dogodi panični napad. Objasnila sam mu da takvim ponašanjem i dalje održava i pojačava strah i da problem neće riješiti ukoliko se ne suoči sa njim i ne izdrži ga. Nakon toga smo pristupili drugom iracionalnom uvjerenju koje glasi : „*Moram spriječiti panični napad, jer je strašno ako se opet dogodi*“. Zajedno smo osporili apsolutistički zahtjev i njegov derivat. N.N je uvidio da sam sebe plaši razmišljajući o paničnom napadu, kao o nečemu što je „strašno“ i što se njemu apsolutno ne smije dogoditi. Objasnila sam mu da je najmanje „strašno“ veće od najintenzivnijeg „lošeg“ i da izaziva samoodmažuću emocionalnu reakciju. Nakon kognitivnog restrukturiranja N.N. je osmislio racionalno

(samopomažuće) uvjerenje koje je glasilo: „*Ne moram spriječiti panični napad, iako bi ja to jako volio, a i ako se dogodi to nije strašno nego samo loše*“. Primjenjena je bihevioralna tehnika *hiperventilacije*. U cilju prevencije paničnog napada preporučeno mu je da pravilno i relaksaciono diše, da ne izbjegava nego da izdrži panični napad ukoliko se pojavi. Savjetovala sam ga da se pored vježbi koje je naučio tokom proteklog perioda, počne više kretati u društvu, da na slijedeću seansu dođe autobusom i da postepeno prestane izbjegavati mjesta u kojima je smatrao da će sigurno doživjeti panični napad.

Tokom *pete i šeste seanse* N.N. je naveo da je, putem mišljenja i primjenjenih vježbi relaksacije, uspio sniziti nivo anksioznosti u posljednjih mjesec dana (bez upotrebe anksiolitika), da se više kretao u društvu, koristio autobus kao prevozno sredstvo (pri tome osjećajući samo prisutnu neugodu), te da je bio znatno manje okupiran strahom od paničnih napada. Pohvalila sam ga za njegovu posvećenost u rješavanju problema i odgovornom izvršavanju domaćih zadataka.

Sedma seansa: Sedma seansa održana je nakon nepuna dva mjeseca, zbog godišnjeg odmora i ljetnog studentskog raspusta. Na samom početku seanse N.N. je naveo da nije imao paničnih napada, ali su primjećeni nezadovoljstvo i otpor u terapiji. Naime, tokom proteklog perioda shvatio je da, i nakon uloženog truda da savlada anksioznost, problem nije u cjelosti nestao. Smatrao je da mora pronaći savršeno rješenje svoga problema i biti siguran, te imati savršenu kontrolu nad stvarima. Objasnila sam mu pojam relapsa, koji se pojavljuje u terapiji i motivirala ga da upornim radom na sebi ide dalje ka rješavanju problema. Zajedno smo napravili analizu napretka u dotadašnjem tretmanu. N.N. je popunio skalu procjene (SCL-90-R), a s ciljem savladavanja otpora i postizanja uvida u napradak u terapiji. Predložila sam mu da na slijedećoj seansi nastavimo da radimo na problemu anksioznosti, što je on uz zahvalnost prihvatio.

Osma seansa: Tokom osme seanse radili smo na problemu koji se odnosio na pomisao o životu, uz prisutnu anksioznost. Kod N.N. su zabilježene automatske misli, a to su: „*Ako budem i dalje anksiozan neću moći funkcionirati, neću moći završiti faks, neću moći socijalno funkcionirati. Ne postoji perspektiva u životu, uz prisutnu anksioznost*“. Navedene misli održavale su kod njega postojeću anksioznost i dovele do blage depresivnosti. Putem već naučenog Ellisovog ABC modela otkrila sam njegova dva iracionalna uvjerenja: „*Ne smijem imati anksioznost jer sa anksioznošću ne mogu funkcionirati, a to je za mene neizdrživo i ja to ne bih mogao podnijeti*“, te „*Moram imati kontrolu nad svojom anksioznošću, jer ako je*

nemam to je za mene užasno i nepodnošljivo“. Nakon kognitivne restruktuiranja N.N. je verbalizirao racionalna uvjerenja: „Smije mi se javiti anksioznost iako ja to ne želim, jer mi se ne sviđa taj osjećaj. Čini me tužnim i nesigurnim, a ako se pojavi ja to mogu izdržati“. Drugo racionalno uvjerenje glasilo je: „Ne moram imati kontrolu iako bih to želio, i ako je nemam to je samo loše i ja to mogu podnijeti“. S ciljem učvršćavanja postojećih racionalnih uvjerenja, primjenila sam tehniku „djavolji advokat ili oponiranje“. S obzirom da mu se princip tehnike svidio, N.N je dobio zadatak da za domaću zadaću u narednom periodu uporno primjenjuje ovu tehniku, kako bi učvrstio postojeća racionalna uvjerenja i razmišljanja na samopomažući način. Također, podučila sam ga korištenju tehnike samokontrole „Stop!“. Pored navedenog dala sam mu ABCDE formular za vođenje dnevnika. U Tabeli 4.1. je prikazana njegova samostalna ABCDE analiza, koja je predstavljala dio domaćeg zadatka nakon osme seanse:

Tabela 4.1. *Klijentova samostalna ABCDE analiza*

Aktivirajući događaji	Iracionalna uvjerenja	Osjećanja/ ponašanja	Racionalna uvjerenja	Nova osjećanja/ponašanja
Razmišljanje o negativnim događajima iz prošlosti.	„Ne bi trebalo i smjelo ovo da mi se dešava. Zašto baš meni i u ovoj količini?“	Anksioznost, strah od paničnog napada, depresivni osjećaj, odustajanje, povlačenje.	„Bilo bi bolje da mi se ovo ne dešava, al' pošto se dešava ja ću to izdržati bez obzira što mi je teško“	Prihvatanje sebe u potpunosti, nezadovoljstvo zbog problema i pozitivna volja da se izađe na kraj sa problemom.
Strah da li ću moći izdržati živjeti čitav život pod stalnom anksioznosti?	„Ne smije mi se ovo dešavati jer ne mogu izdržati. Samo ne znam koliko ću dugo moći živjeti sa anksioznosti?“	Osjećaj težine i tereta u grudima i glavi, bol u glavi.	„Ništa nije toliko strašno da se ne može izdržati. Loše je, ali ja ću to izdržati. I do sada sam izdržao“	Smanjena anksioznost. Pokretanje na aktivnost.

Deveta seansa: Tokom devete seanse N.N je naveo da se osjeća mnogo bolje i da mu je tehnika samokontrole „Stop!“ posebno koristila, u momentima nametanja anksioznih misli. Nakon što bi ih prekinuo korištenjem tehnike samokontrole, bez prisutne anksioznosti usmjeravao bi se na svakodnevne aktivnosti. Tokom seanse saznala sam da N.N. i dalje spava

sa upaljenim svjetlom. Nakon ABC analize otkrivam njegovo iracionalno uvjerenje, koje glasi: „*Ne smijem sanjati ružne snove, jer ako ih sanjam, to je za mene užasno*“. Nakon kognitivnog osporavanja navedenog iracionalnog uvjerenja i derivata, N.N. je razvio racionalno uvjerenje koje glasi: „*Smijem sanjati ružne snove i ako ih sanjam to je samo loše, to nije užasno*“. Zajedno smo konstruisali hijerarhiju strahova. Naime, N.N. je na skali od 1-10 procjenio i rangirao koliko određene situacije izazivaju anksioznost (spavati u društvu sa upaljenim svjetlom (0), spavati u društvu bez upaljenog svjetla (1), spavati sam uz veliki izvor svjetla (2), spavati sam sa upaljenim televizorom a ugašenim svjetlom (6), spavati sam sa malim izvorom svjetla (7), spavati sam u potpunom mraku (10). Savjetovala sam mu da prije spavanja utvrdi razvijeno racionalno uvjerenje putem negativnog racionalno-emotivnog zamišljanja, da primjeni relaksacionu tehniku disanja kod pojave anksioznosti, uz postepeno savladavanje anksioznosti u situacijama utvrđenim bihevioralnom analizom. Već tokom prve noći, nakon posljednje seanse koja je obuhvatila bihevioralnu analizu, uspio je da zaspi sa upaljenim televizorom a ugašenim svjetlom, pri čemu je smanjio anksioznost na osjećaj neugodnosti.

Deseta seansa: Tokom desete seanse N.N. me je izvjestio da se mnogo bolje osjeća, al da je primjetio da ga cimer čini anksioznim. Naveo je da je cimer jako logoroičan, te da ga svi izbjegavaju osim njega. Iako mu često ne prija da ga sasluša, teško mu je da mu to kaže i obično ga nastavlja slušati iz pristojnosti. U trenucima kada cimer ne boravi sa njim u stanu, osjeća se mnogo bolje. Na Jangovom inventaru ranih maladaptivnih shema, primjenjenom na početku tretmana, kod N.N. se uočila dominantna sklonost ka samožrtvovanju i samopodređivanju. Naime, N.N. je nastojao zadovoljiti potrebe drugih, dok bi svoje potrebe zanemarivao. Često se ponašao na način da čini ustupke drugima, odlažući svoje obaveze, kako bi ispunio očekivanja drugih. Tokom seanse podučen je tehnikama asertivnog stila komunikacije. Cilj je bio da se nauči zauzeti za sebe, a da pri tome ne povrijedi drugu osobu. Podučen je da upotrebljava tehniku „pokvarene ploče“, kako bi cimeru dao do znanja da ga ne ometa, dok radi nešto što je za njega važno. Za domaći zadatak je dobio da bilježi situacije u kojima je rekao *NE* kada nešto nije želio, te se na taj način zauzimao za svoja prava.

Jedanaesta seansa: Ova seansa je održana nakon mjesec dana. N.N. me je izvjestio da mu se u posljednje vrijeme jednostavno ne nameću anksiozna predviđanja. Osjećao se mnogo bolje, više se družio sa osobama koje ga ne opterećavaju negativnom pričom, spremao je posljednji ispit i manje vremena odvajao za komunikaciju sa cimerom. U posljednje vrijeme spavao je sa ugašenim svjetlom, te je percipirao da sasvim dovoljan izvor svjetlosti dolazi izvana,

putem uličnih svjetiljki. N.N. je popunio skalu SCL-90-R i Jangov inventar za procjenu ranih maladaptivnih shema, a sa ciljem evaluacije efekata tretmana.

Posljednji susret održana je nakon tri mjeseca. Naime, klijent se vratio u rodno mjesto, a nakon završenog studijskog programa. Traži termin u kojem bi iskazao zahvalnost zbog ukazane pomoći. Smatra da je prevazišao problem anksioznosti.

4.5. Evaluacija efekata tretmana

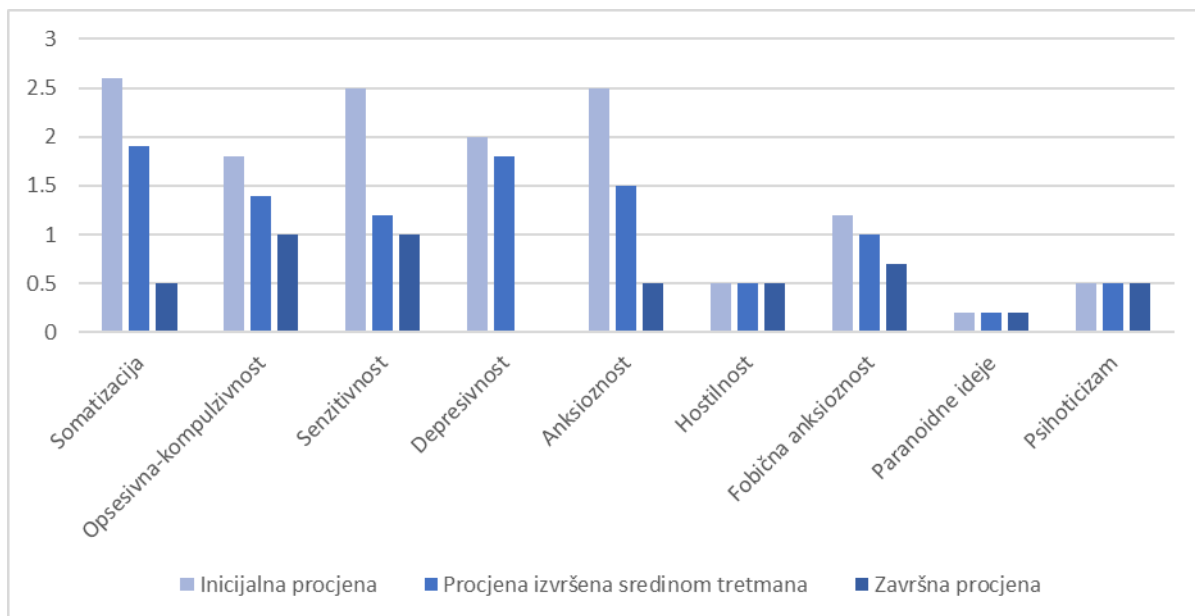
Nakon završenog tretmana, koji je brojao jedanaest seansi, N.N. više nije imao panične napade, kao ni somatske probleme. U situacijama povišene razine anksioznosti najčešće je primjenjivao relaksacione vježbe disanja, koje su mu pomagale u svakodnevnom funkcioniranju. Prestao je posjećivati specijalistu neuropsihijatra i koristiti anksiolitike. U socijalnim odnosima zalagao se više za sebe. Kao dio provjere kliničke efikasnosti tretmana, pitala sam ga da li je rješenje njegovih problema rezultat *unutrašnjih* promjena u načinu razmišljanja ili je rezultat slučajnih promjena *vanjskih* okolnosti. Odgovorio je da nema moć da kontroliše svijet oko sebe, ali da je značajno promjenio svoj pogled na vanjski svijet. U mjestu u kojem živi savjetuje druge kako da izađu na kraj sa postojećim problemima, koristeći racionalni način razmišljanja.

Ishod tretmana praćen je primjenom dva mjerna instrumenta: skalom SCL-90-R (Slika 4.1.) primjenjenom na početku, u sredini i na kraju tretmana i Jangovim inventarom za procjenu ranih maladaptivnih shema (Slika 4.2.), koji je primjenjen na početku i na kraju tretmana.

The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) sadrži 90 opisanih simptoma koje ispitanik procjenjuje prema intenzitetu pojavljivanja (rangira ih u rasponu od 0 = nimalo do 4= vrlo mnogo) (Groth-Marnat, 2009). Skala mjeri simptome stresa pomoću devet dimenzija i tri globalna indeksa stresa. Dimenzije uključuju somatizaciju, opsesivnu-kompulsivnost, osjetljivost u međuljudskim odnosima, depresivnost, anksioznost, hostilnost, fobičnu anksioznost, paranoidne ideje i psihoticizam (Derogatis i Cuelpepper, 2004). Pouzdanost SCL-90-R je konzistentno visoka (Groth - Marnat, 2009). Skala je takođe pokazala visoku konvergentnu i divergentnu valjanost. Upotrebljava se u dijagnostici i liječenju u skladu sa mentalnim stanjem, i to u širokom rasponu medicinskih stanja uključujući kardiovaskularne, onkološke, endokrine, neurološke, hirurške kao i psihičke poremećaje (Derogatis, 2004).

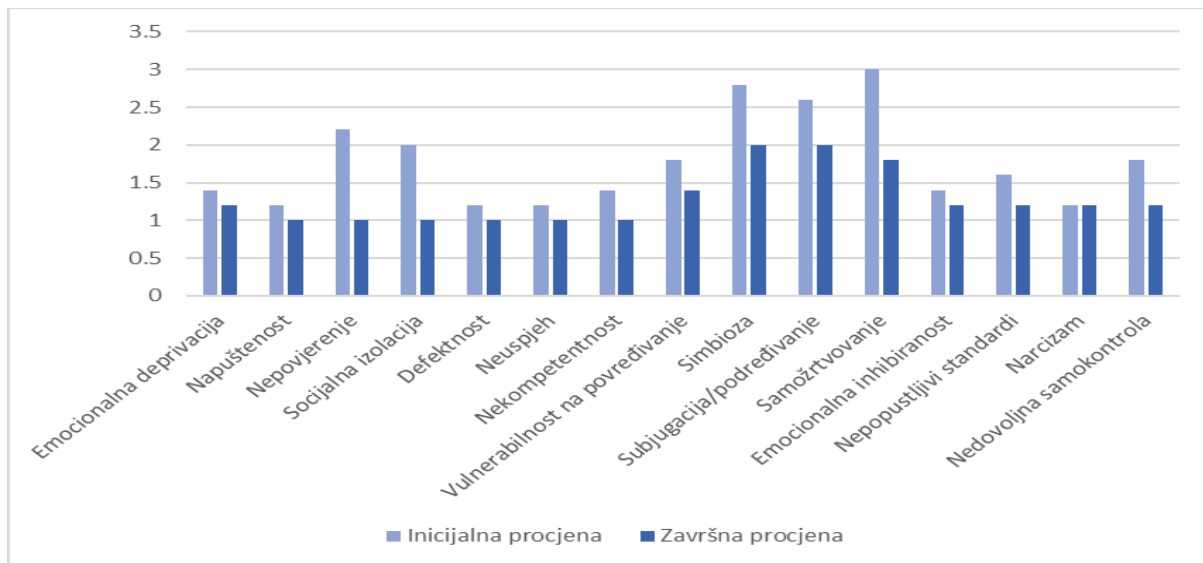
Jangov inventar ranih maladaptivnih shema (The Young Schema Questionnaire-YSQ) predstavlja kraću verziju Jangovog inventara ranih disfunkcionalnih shema. Inventar se sastoji od 75 ajtema, odgovori se raspoređuju na šestostepenoj skali i namijenjen je procjeni 15 disfunkcionalnih kognitivnih shema koje su raspoređene u tri domena: *domen diskonekcije* (emocionalna deprivacija, napuštanje, nepovjerenje/zloupotreba, socijalna izolacija ili otuđenost, defektnost); *domen oštećenja autonomije* (neuspjeh, zavisnost/nekompetentnost, vulnerabilnost na povređivanje, umreženost/simbioza, subjugacija/podređivanje, samožrtvovanje, emocionalna inhibiranost); te *domen oštećenja granica* koji se odnosi na nepopustljive standarde, narcizam, te na nedovoljnu samokontrolu (Young i Brown, 1994).

Slika 4.1. Rezultati incijalne procjene, procjene izvršene sredinom tretmana i završne procjene na SCL-90-R skali



Kao što se vidi na Slici 4.1. kod N.N. došlo je do značajnog sniženja manifestacija anksioznosti, somatizacije i senzitivnosti tokom primjenjenog REBT tretmana. Dobiveni nivo anksioznosti, somatizacije i senzitivnosti tokom završne procjene pokazuju pozitivne kliničke promjene, a uoči se potpuno odsustvo depresivnih manifestacija nakon završenog tretmana.

Slika 4.2. Rezultati inicijalne i završne procjene na YSQ inventaru



Kao što se vidi na Slici 4.2. pozitivne promjene uočene su i na Jangovom inventaru za procjenu ranih maladaptivnih shema. Zanimljivo je to da Jang (2003, prema Mirović, 2010) tvrdi da su rane maladaptivne sheme relativno trajne i otporne na promjenu, kao i to da je za njihovu promjenu potreban tretman koji je usmjeren direktno na njih. Međutim, dobiveni rezultati u ovoj studiji slučaja pokazuju znatno snižen rezultat u okviru domena oštećenja autonomije, a što se odnosi na sheme: umreženosti/simbioze, samožrtvovanja i subjugacije/podređivanja. Naime, prije početka REBT tretmana N.N. je nastojao da primarno zadovolji potrebe drugih, dok bi svoje zanemarivao. Često je činio ustupke drugima, odlagao je svoje obaveze da bi ispunio očekivanja drugih, što ga je dodatno činilo da se osjeća anksioznim. Tokom rada na sebi, te primjenom asertivne komunikacije, N.N. se počeo zalagati više za sebe.

Intervencije koje su doprinijele uspješnom racionalno-emocionalno bihevioralnom tretmanu paničnog poremećaja su: kognitivna restrukturacija, metoda negativnog racionalno-emocionalnog zamišljanja, domaći zadaci koje je klijent redovno izvršavao, relaksacione vježbe disanja, psihoedukacija, tehnika hiperventilacije, prevencija relapsa, tehnika „djavolji advokata ili oponiranje“, tehnika samokontrole „Stop!“, upotreba samostalne ABCDE analize.

5. EMPIRIJSKI DOKAZI KOJI POTVRĐUJU EFIKASNOST RACIONALNO-EMOCIONALNO BIHEVIORELNE TERAPIJE, U LIJEČENJU PSIHIČKIH POREMEĆAJA

Da bi mogli procijeniti efikasnost neke terapije i teorije na kojoj se ona zasniva istraživači nastoje sprovesti što validnija istraživanja i meta- analize. U nastavku ovog rada osvrnut ćemo se na neke od dosadašnjih empirijskih dokaza efikasnosti REBT-a.

Prema Dobson (2010) do 70-tih godina XX stoljeća istraživanja u svrhu empirijske provjere efikasnosti REBT-a su bila veoma rijetka. Nakon tog perioda, uslijedilo je masovno objavljivanje kvalitativnih istraživanja koja su dala potvrdu efikasnosti REBT-a, ali uz određene metodološke probleme (DiGiuseppe, Miller i Trexler, 1977; Ellis, 1973; Haaga i Davidson 1989; David, Szentagotai, Eva i Macavei, 2005).

Lazarus (1991, prema Dobson 2010) u svom istraživanju izlaže značajnu empirijsku potvrdu ABC teorijskom modelu, koji je fundamentalni okvir, ne samo REBT-a nego i svih kognitivno-bihevioralnih psihoterapija. Iracionalna vjerovanja, kao što su određene kognitivne procjene, predstavljaju važne uzročnike mnogostrukih kliničkih stanja. Naprimjer, procjena situacije opasnijom nego što zaista jeste je uključena i u anksioznosti i u bol, dok samoobeshrabrivanje predstavlja osnovnu komponentu depresivnog raspoloženja (David, Schnur i Belloiu, 2002; Solomon, Arnov, Gotlib i Wind, 2003).

Uzevši u obzir rezultate sprovedenih meta-analitičkih studija, Engels, Garnefski i Diekstra (1993) i Lyons i Woods (1991) izveli su su slijedeće zaključke, u okviru efikasnosti i efektivnosti REBT-a:

1. REBT je efikasan za veliki broj psihijatrijskih problema;
2. REBT je jednako efikasan za kliničku i nekliničku populaciju, kod žena i muškaraca u dobi između 9-70 godina;
3. grupne i individualne REBT terapije su jednako efikasne;
4. terapeuti koji imaju više nivoa treninga postižu bolje rezultate u intervenciji REBT-a;
5. postoji povezanost između većeg broja REBT seansi i boljeg kliničkog ishoda.

REBT se smatra važnim pogledom na KBT, jer pristup koristi kognitivne (mišljenje), emotivne (osjećaje) i bihevioralne (ponašanje) tehnike za poboljšanje funkcioniranja klijenata i liječenje mentalnih poremećaja (Jena, 2008). KBT se efikasno koristi u liječenju i

poboljšanju širokog spektra poremećaja, kako za pojedince tako i za grupe, u liječenju ili poboljšanju nivoa mentalnog zdravlja (Harrington, Whittaker, Shoebridge i Campebell, 1998; Jena, 2008).

U radu sa klijentima koji pate od različitih psihičkih tegoba, REBT je nekoliko puta evaluirao kao terapija koja za vrlo kratko vrijeme postiže dobre rezultate (David i Avellino, 2002).

Potvrde o efikasnosti REBT-a bilježe se kod: opsesivno-kompulzivnog poremećaja (Emmelkamp i Beens, 1991; Emmelkamp, Visser i Hoekstra 1988), socijalne fobije (Mersch, Emmelkamp i Lips, 1991; Mersch, Emmelkamp, Bogels i van der Sleen, 1989), socijalne anksioznosti (DiGiuseppe, McGowan, Simon i Gardner, 1990), roditeljskih nevolja (Joyce, 1995), depresije (David, Szentagotai, Lupu i Cosman, 2008; Jamal i Kordi, 2006; Scott, Teasdale, Paykel, Johnson, Abbott, Hayhurst, Moore i Garland, 2000), povećanja samopoštovanja kod depresivnih klijenata (Chen, Lu, Chang, Chu i Chou, 2006), poboljšanja aspekata samosvijesti, samopoštovanja i rezilijentnosti (Coholic, 2011), povećanja nivoa samopoštovanja (Lim i sur., 2010), smanjenja anksioznosti kod anksioznih poremećaja (Lorian, Titov i Grisham, 2012), nuspojave liječenja raka dojke (Montgomery, David, Kangas, Green, Sucala, Bovbjerg, Hallquist i Schnur, 2014), te kod liječenja klijenata sa psihotičnim simptomima (Meaden, Keen, Aston, Barton i Bucci, 2013).

Istraživanja su također pokazala da je istovremena primjena REBT-a i farmakoterapije efikasnija, od same upotrebe farmakoterapije, kod velikog depresivnog poremećaja (Macaskill i Macaskill, 1996).

REBT tretman koji je sproveden kod trideset osam muškarca sa paničnim i depresivnim poremećajem, rezultirao je novim životnim pogledima, osjećajem zadovoljstva i smanjenju depresivnog raspoloženja, te autori potvrđuju efikasnost REBT tehnika, kao i tezu da su emocionalna stanja posljedica sistema vjerovanja individue (Lan, Su, Hou, 2005).

Studija koju su sproveli David, Szetagoi, Lupu i Cosman (2008) govori da su REBT i KBT jednako efikasni kao i farmakoterapija u liječenju pacijenata koji pate od velikog depresivnog poremećaja, a tokom 6-mjesečnog praćenja pacijenata sa depresijom rezultati REBT-a i KBT-a u odnosu na farmakoterapiju pokazali su se čak i efikasniji (REBT je bio značajno bolji od farmakoterapije). Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young, Salomon, O'Reardon, Lovett, Gladis, Brown i Gallop, (2005).

Metaanaliza David, Cotet, Matu, Mogoase i Stefan (2018) ukazuje da su REBT intervencije (psihoterapijske, edukativne ili savjetodavne intervencije) učinkovite/djelotvorne za različita stanja (emocionalni status, bijes, anksioznost, depresiju, distres, ponašanje, kognitivno funkcionisanje, zdravstveno funkcionisanje, psihofiziološko funkcionisanje, kvalitetu života, školski uspjeh, socijalne vještine), bez obzira na klinički status i starost ispitanika.

Pokazalo se da je provedba intervencija REBT-a kod djevojčica u dobi adolescencije bila učinkovita u poboljšanju nivoa rezilijentnosti, sreće i psihološkog blagostanja (Honarmand i Sajjadian, 2017). Pristup REBT se smatra efikasnim pristupom za promjenu samopoštovanja kod učenika (Lim i sur., 2010).

Empirijska istraživanja su potvrdila da je KBT efikasan i efektivan psihološki tretman za širok spektar psiholoških poteškoća, kako kod odraslih, tako i kod djece i adolescenata. Proces promjene je edukativan, tako da omogućava klijentima da pomažu sami sebi čak i kada je formalna terapija završena. Ovaj samopomažući aspekt, predstavlja jednu od najvećih snaga KBT iz ugla klijenata, dok se iz ugla stručnjaka za mentalno zdravlje zbog empirijske dokazanosti efikasnosti KBT smatra zvaničnim 'zlatnim standardom' u području psiholoških tretmana i predstavlja prvi izbor u tretmanu većine psihičkih poremećaja (Krnetić, 2019).

6. ZAKLJUČCI

1. Osnovna postavka REBT-a je, da emocije i disfunkcionalna ponašanja, nisu rezultat nepovoljnih okolnosti i situacije u kojoj se osoba nalazi, nego načina na koji ljudi kontrolišu svoj pogled na te okolnosti. Naše misli utiču na stvaranje emocija i ponašanja, a ne događaj sam po sebi. Psihički procesi i poremećaji su rezultat interaktivnog djelovanja mišljenja, emocija i ponašanja i ne mogu se posmatrati izolirano. Prema ovom pristupu, uzroci psihičkih poremećaja proizilaze iz stajališta da su ljudi urođeno iracionalni. Ukoliko se ljudi dosljedno i istrajno suprostave svojim iracionalnim uvjerenjima na kognitivnom, emotivnom i bihevioralnom planu, imat će mogućnost da ih promijene u racionalna i na taj način da postanu manje uznemireni. REBT počiva na Ellisovom ABC modelu emocionalnih poremećaja, koji pomaže da se klijentima objasni izvor njihove emocionalne patnje. Promjena iracionalnih uvjerenja i stvaranje racionalnih uvjerenja predstavlja jezgro racionalno-emocionalne terapije.
2. U prikazanoj studiji slučaja, detaljno je opisan proces REBT-a, u radu sa klijentom N.N., koji se javio na tretman zbog paničnog poremećaja. Nakon završenog tretmana, primjenom REBT terapije, kod N.N. više nije bio zabilježen niti jedan panični napad. Naučio je sniziti razinu anksioznosti u situacijama kada se ona pojavi, te funkcionirati i u situacijama povišene anksioznosti. Prestao je koristiti anksiolitike, prestao je izbjegavati mjesta zbog straha da bi mogao doživjeti panični napad, više se kretao u društvu, te se više zauzimao za sebe i svoja prava. U mjestu u kojem živi savjetuje ljude kako da izađu na kraj sa postojećim problemima koristeći racionalni način razmišljanja.
3. Empirijska istraživanja su potvrdila da je KBT efikasan i efektivan psihološki tretman za širok spektar psiholoških poteškoća, kako kod odraslih, tako i kod djece i adolescenata. Iz ugla stručnjaka za mentalno zdravlje zbog empirijske dokazanosti efikasnosti KBT-a (među kojima je REBT jedan od modaliteta), smatraju se zvaničnim 'zlatnim standardom' u području psiholoških tretmana.

7. LITERATURA

- Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, L., Šarić, D., & Karapetrić Bolfan, L. (2015). Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(4), 0-190.
- Born, E. (2012). *Priručnik za prevazilaženje anksioznosti i fobija*. Novi Sad: Magona.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of psychiatric nursing*, 20(1), 3–11.
- Coholic, D. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *Child and Youth Care Forum*, 40(4), 303–317.
- Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- David, D., Schnur, J., & Belloiu, A. (2002). Another search for the “hot” cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(2), 93-131.
- David, D., & Avellino, M. (2002). A Synopsis of Rational-Emotive Behavior Therapy: Basic, Fundamental and Applied Research. *Research Section of the Albert Ellis Institute*. Available at: www.rebt.org.
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., & Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT); fundamental and applied research. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(3), 175-221.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of clinical psychology*, 64(6), 728–746.
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 304–318.
- Derogatis, L.R., (2004). SCL-90-R, In W.E. Craighead & C.B. Nemeroff (Ed.), *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (3rd ed., pp. 855- 856.). Hoboken, NJ: John Wiley i Sons, Inc.
- Derogatis, L.R., Culpepper, W.J. (2004). Screening for psychiatric disorders. In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3rd ed., Vol. 1, pp. 65–110.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 409–416.

- DiGiuseppe, R. A., Miller, N. J., & Trexler, L. D. (1977). A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. *The Counseling Psychologist*, 7(1), 64–72.
- DiGiuseppe, R., McGowan, L., Simon, K. S., & Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 8(3), 129–146.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2000). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. Three Rivers Press.
- Ellis, A. (1993). Changing rational Emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85–89.
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1996). *Vodič u razuman život*. Beograd: RET Centar.
- Ellis, A., & Blau, S. (Eds.). (1998). *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. Citadel Press.
- Ellis, A. (1999). *How to make yourself happy and remarkably less disturbable*. Impact Publishers.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2002). *Racionalno-emotivno bihejvioralna terapija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12(1), 103-114.
- Emmelkamp, P. M., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behaviour research and therapy*, 29(3), 293–300.
- Engels, G. I., Garnefski, N., & Diekstra, R. F. (1993). Efficacy of rational-emotive therapy: a quantitative analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6), 1083–1090.
- Groth–Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Haaga, D. A., & Davison, G. C. (1989). Slow progress in rational-emotive therapy outcome research: Etiology and treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 493-508.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ (Clinical research ed.)*, 316(7144), 1559–1563.

- Hickey, M. (2019). REBT and anxiety disorders. In: W. Dryden & M. E. Bernard (Eds.), *REBT with diverse client problems and populations* (pp. 3-21). Cham, Switzerland: Springer.
- Honarmand Zadeh, R., & Sajjadian, I. (2016). Effectiveness of positive group intervention on psychological wellbeing, resiliency and happiness of foster care adolescent girls. *Positive Psychology Research*, 2(2), 35-50.
- Jamal, A., & Kordi, M. (2006). *The efficacy of CBT and music therapy on the depression of university students: Comparing two approaches*. In 1st National Congress of Art Therapy.
- Jena, S. P. K. (2008). *Behaviour therapy: Techniques, research and applications*. New Delhi: Sage
- Joyce, M. R. (1995). Emotional relief for parents: Is rational-emotive parent education effective? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13(1), 55–75.
- Kopal, R. i Korkut, D. (2011). *Kompetitivna analiza 2 – strukturirane i kreativne analitičke tehnike*. Zagreb: Comminus i Visoko učilište Effectus
- Krnetić, I. (2006). Evaluacija Racionalno emotivno bihevioralne terapije socijalne anksioznosti: istraživanje na pojedincu. *Zbornik radova Filozofskog fakulteta u Nišu*, dostupno na: http://www.krnetic.com/download/Igor_Krnetic_Prikaz_slucaja_racionalno_emotivno_bihevioralne_terapije_socijalne_anksioznosti.pdf, pristupljeno, 10(3), 2019.
- Krnetić, I. (2006). Studija slučaja: Racionalno emotivno bihevioralna terapija napada panike. *Naučno stručni skup psihologa Srbije-Sabor, Izazovi za primenjenu psihologiju u Srbiji, Zlatibor*, dostupno na: http://www.krnetic.com/download/igor_krnetic_prikaz_slucaja_rebt_napada_panike_i_depresije.pdf, pristupljeno, 10(3), 2019.
- Krnetić, I. (2019). Primjena REBT i ACT u tretmanu anksioznih i depresivnih stanja. *Zbornik radova šestog kongresa psihologa Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učesćem (str.20)*. Banja Luka: Društvo psihologa Republike Srpske.
- Lan, C. M., Su, T. M., & Hou, S. Y. (2005). Application of rational-emotive behavior therapy in a patient with panic and depressive disorder. *Taiwanese Journal Psychiatry*, 19(4), 324-330.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lim, J. Y., Kim, M. A., Kim, S. Y., Kim, E. J., Lee, J. E., & Ko, Y. K. (2010). The effects of a cognitive-behavioral therapy on career attitude maturity, decision making style, and self-esteem of nursing students in Korea. *Nurse education today*, 30(8), 731–736.
- Lorian, C. N., Titov, N., & Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internet-delivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 140–149.
- Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 357–369.

- Macaskill, N. D., & Macaskill, A. (1996). Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. *Cognitive Therapy and Research*, 20(6), 575–592.
- Marić, Z. (2003). *Priručnik za napredni kurs za racionalno-emotivno-bihejvioralne terapije*. Beograd: Pridruženi trening centar Instituta Albert Ellis.
- Marković, Z. M. (2018). Assertiveness: The style of good communication, the skill of standing up for oneself and of developing quality interpersonal relationships. *Opšta medicina*, 24(1-2), 51-60.
- Meaden, A., Keen, N., Aston, R., Barton, K., & Bucci, S. (2013). *Cognitive therapy for command hallucinations: An advanced practical companion*. New York: Routledge.
- Mersch, P. P., Emmelkamp, P. M., Bögels, S. M., & van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 421–434.
- Mersch, P. P., Emmelkamp, P. M., & Lips, C. (1991). Social phobia: individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up study. *Behaviour research and therapy*, 29(4), 357–362.
- Mirović, T. (2010). *Rane maladaptivne sheme-sheme koje prave probleme*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Montgomery, G. H., David, D., Kangas, M., Green, S., Sucala, M., Bovbjerg, D. H., Hallquist, M. N., & Schnur, J. B. (2014). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral therapy plus hypnosis intervention to control fatigue in patients undergoing radiotherapy for breast cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(6), 557–563.
- Scott, J., Teasdale, J. D., Paykel, E. S., Johnson, A. L., Abbott, R., Hayhurst, H., Moore, R., & Garland, A. (2000). Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 177, 440–446.
- Shirbim, Z., Sudani, M., & Shafi-Abadi, A. (2008). The effectiveness of teaching stress management skills on improving the mental health of students. *Thought and Behavior*, 2(8), 7-18.
- Solomon, A., Arnow, B. A., Gotlib, I. H., & Wind, B. (2003). Individualized measurement of irrational beliefs in remitted depressives. *Journal of clinical psychology*, 59(4), 439–455.
- Udruga, A. P. (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Valen, S.R., Diduzepe, R. & Drajen, V. (2011). *REBT Terapijski vodič za racionalno-emotivno bihejvioralnu terapiju*. Novi Sad: Psihopolitis Institut.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire. In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (Rev. ed., pp. 63–76). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

