



UNIVERZITET U NOVOM SADU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSEK ZA PSIHOLOGIJU

KLIJENTOVO OČEKIVANJE ISHODA
PSIHOLOŠKOG TRETMANA KAO
FAKTOR PSIHOLOŠKE PROMENE

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor:

Prof. Dr Vesna Gavrilov – Jerković

Kandidat:

Dragan Žuljević, MA

Novi Sad, 2015. godine

UNIVERZITET U NOVOM SADU
FILOZOFSKI FAKULTET

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj: RBR	
Identifikacioni broj: IBR	
Tip dokumentacije: TD	Monografska dokumentacija
Tip zapisa: TZ	Tekstualni štampani materijal
Vrsta rada (dipl., mag., dokt.): VR	Doktorska disertacija
Ime i prezime autora: AU	Dragan Žuljević
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	Prof. dr Vesna Gavrilov-Jerković, redovni profesor. Odsek za psihologiju u Novom Sadu
Naslov rada: NR	Klijentovo očekivanje ishoda psihološkog tretmana kao faktor psihološke promene
Jezik publikacije: JP	Srpski jezik
Jezik izvoda: JI	srp. / eng.
Zemlja publikovanja: ZP	Republika Srbija
Uže geografsko područje: UGP	Autonomna pokrajina Vojvodina
Godina: GO	2015.
Izdavač: IZ	autorski reprint
Mesto i adresa: MA	Dr Zorana Đinđića 2, 21000 Novi Sad, Republika Srbija
Fizički opis rada: FO	4 poglavlja, 198 stranica, 19 slika, 54 tabele, 511 referenci, 4 priloga
Naučna oblast: NO	Psihologija
Naučna disciplina: ND	Psihoterapija, klinička psihologija, psihološko savetovanje
Predmetna odrednica, ključne reči: PO	Očekivanje ishoda tretmana, opšti faktori promene
UDK	

Čuva se: ČU	Biblioteka Filozofskog fakulteta, Univerzitet u Novom Sadu
Važna napomena: VN	Nema
<p>Izvod:</p> <p>IZ</p> <p>Decenijama unazad, klijentova očekivanja ishoda tretmana isticana su od strane teoretičara kontekstualnih psihoterapijskih modela kao jedan od ključnih opštih faktora psihoterapijske promene. Međutim, rezultati dosadašnjih istraživanja uloge ovog fenomena daju nekonzistentne rezultate jer se ovom konstruktu pristupa veoma raznovrsno. Pojedini istraživači ističu važnost početnih pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana, drugi ulogu promene očekivanja ishoda tretmana u postizanju željene terapijske promene, dok treći ističu da se efekti očekivanja ishoda tretmana na ishod ostvaruju kako direktno tako i indirektno posredstvom promene klijentovih generalnih očekivanja.</p> <p>Da bismo detaljnije istražili ulogu klijentovih očekivanja ishoda tretmana u ostvarivanju psihoterapijske promene, sprovedi smo longitudinalno korelaciono istraživanje koje je za cilj imalo praćenje kako promene klijentovih očekivanja ishoda tretmana i generalnih očekivanja, tako i varijabli ishoda - opšte uznemirenosti, pozitivnog i negativnog afekta, te zadovoljstva životom u funkciji protoka psihoterapijskog tretmana. Uzorak se sastojao od ispitanika koji pate od neke forme psihološkog problema subkliničkog intenziteta i samoinicijativno su se javili na tretman. Od 117 klijenata inicijelnog uzorka, 36 ispitanika prosečne starosti 31 godinu i dominantno ženskog pola (80.6%) privelo je tretman kraju i popunilo upitnike tri meseca nakon završetka tretmana. Tretman se sastojao od deset susreta sa psihoterapeutom po principu rutinske terapijske prakse Centra za ratnu traumau u Novom Sadu koji su sprovedili 19 psihoterapeuta edukovanih u okvirima različitih psihoterapijskih orijentacija. Istraživanje je obuhvatalo ukupno šest merenja - prvo prilikom dijagnostičkog susreta sa klijentom, drugo u proseku dve nedelje kasnije neposredno pre početka prve tretmanske seanse, treće nakon treće seanse tretmana, četvrto nakon šeste seanse, peto na kraju tretmana, te šesto merenje tri meseca nakon završetka tretmana. Primenjivani su sledeći instrumenti: Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS 21) za procenu opšte uznemirenosti, Srpski inventar afekata baziran na Positive and Negative Affect Schedule - X (SIAB - PANAS) za procenu pozitivnog i negativnog afekta, Skala zadovoljstva životom (SWLS) za procenu zadovoljstva životom, Skala generalizovane self-efikasnosti (SGSE) i Skala ličnog optimizma (PO) za procenu generalnih očekivanja, te Skala očekivanja promene (ACES) za procenu očekivanja ishoda tretmana. Serijom analiza kriva latentnog rasta te multilevel analiza mešovitenih efekata dobijeni su rezultati koji sugerišu da dolazi do značajne redukcije opšte uznemirenosti i negativnog afekta i to pre početka tretmana i u njegovim ranim fazama, dok se zadovoljstvo životom i pozitivni afekat značajno ne menjaju u funkciji protoka tretmana. Promena pozitivnih i negativnih pokazatelja klijentovog stanja ne prate obrnuto proporcionalni obrazac. Očekivanja ishoda tretmana i lični optimizam linearno rastu nakon početka tretmana, dok generalizovana self-efikasnost značajno raste u završnoj fazi tretmana. Vrednosti praćenih varijabli stabilne su tri meseca nakon kraja tretmana. Pretretmanska očekivanja ishoda tretmana, kao i njihov porast tokom tretmana, značajani su prediktori trendova svih praćenih varijabli. Porast ličnog optimizma ima nedvosmisleni medijacionu ulogu u relacijama porasta očekivanja ishoda tretmana i promene u kriterijumima, dok porast generalizovane self-efikasnosti nema tu ulogu, te se više može smatrati ishodom nego medijatorom ishoda tretmana. Nasumični efekti i rezidualne varijanse ovih modela sugerišu postojanje moderacionog efekta trećih varijabli, ali rezultati pokazuju da pretretmanska očekivanja ishoda tretmana takvu ulogu ne poseduju.</p> <p>Rezultati snažno idu u prilog kontekstualnim modelima u psihoterapiji i ističu da su klijentova pretretmanska očekivanja ishoda tretmana i promena tih očekivanja tokom tretmana neosporivo moćni opšti faktori promene koji u značajnoj meri predviđaju i objašnjavaju ishod psihoterapijskog tretmana.</p>	

Datum prihvatanja teme od strane NN veća: DP	12. septembar 2014.
Datum odbrane: DO	
Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO	predsednik: član: član:

University of Novi Sad
Faculty of Philosophy

Key word documentation

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	Monograph documentation
Type of record: TR	Textual printed material
Contents code: CC	PhD thesis
Author: AU	Dragan Žuljević
Mentor: MN	Vesna Gavrilov-Jerković, PhD, full professor
Title: TI	Client's Expectancy of Psychological Treatment Outcome as a Factor of Psychological Change
Language of text: LT	Serbian Language
Language of abstract: LA	eng. / srp.
Country of publication: CP	Republic of Serbia
Locality of publication: LP	Autonomous Province of Vojvodina
Publication year: PY	2015
Publisher: PU	Author's reprint
Publication place: PP	Dr Zorana Đinđića 2, 21000 Novi Sad, Republic of Serbia
Physical description: PD	4 chapters, 198 pages, 19 figures, 54 tables, 511 references, 4 appendices
Scientific field SF	Psychology
Scientific discipline SD	Psychotherapy, clinical psychology, psychological counseling
Subject, Key words SKW	Treatment outcome expectancy, Common factors of change
UC	

Holding data: HD	Library of Faculty of Philosophy, University of Novi Sad
Note: N	None
<p>Abstract: AB</p> <p>For decades, a client's expectations of treatment outcome in achieving psychotherapeutic change have been emphasized by theorists of contextual models of psychotherapy as one of the crucial common factors of psychotherapeutic change. However, the results of previous studies regarding this phenomenon proved to be inconsistent because the theoretical approaches to this construct were very varied. Some researchers point out the importance of initial pretreatment outcome expectations, others emphasize the role of change in outcome expectations in achieving the desired therapeutic outcome, while a third group points out that treatment outcome expectations have an effect on therapy outcome both directly and indirectly, via changes in the client's general expectations.</p> <p>In order to further investigate the role of a client's treatment outcome expectations in achieving psychotherapeutic change, we conducted a correlation longitudinal study aimed at monitoring the changes in the client's treatment outcome expectations as well as changes in general expectations and outcome variables - general distress, positive and negative affect, and life satisfaction, all as a function of the progress of psychotherapeutic treatment. The sample consisted of clients suffering from a problem of subclinical intensity who had voluntarily applied for treatment. Of the initial sample consisting of 117 clients, 36 participants with an average age of 31 and predominantly female (80.6%) completed the treatment and filled in questionnaires three months following the treatment. The treatment consisted of ten sessions of routine psychotherapy practice in The War Trauma Center in Novi Sad. It was conducted by 19 psychotherapists educated in various psychotherapeutic orientations. The study included a total of six assessments – the first one during the diagnostic session with the client, the second one an average of two weeks later, just before the start of the first treatment session, the third one after the third treatment session, the fourth one after the sixth treatment session, the fifth one at the end of the treatment and the sixth one three months after the end of the treatment. The following instruments were used: The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) for assessment of general distress, the Serbian Affect Inventory based on the Positive and Negative Affect Schedule - X (SIAB - PANAS) for the assessment of positive and negative affect, the Satisfaction With Life Scale (SWLS) for the assessment of life satisfaction, the Generalized Self-efficacy Scale (SGSE) and the Personal Optimism Scale (PO) for the assessment of general expectations, and the Expectations of Change Scale (ACES) for the assessment of treatment outcome expectations. Using a series of latent growth curve analyses and multilevel analyses of mixed effects, we obtained results which indicate a significant reduction in general distress and negative affect before the start of the treatment as well as in its early stages, while life satisfaction and positive affect did not demonstrate a significant change as a function of the progress of the treatment. The changes in positive and negative indicators of a client's state do not follow inverse relationship patterns. Treatment outcome expectations and personal optimism demonstrate a linear growth after the beginning of the treatment, while generalized self-efficacy increases significantly in the final stage of the treatment. The values of assessed variables were stable for three months after the end of the treatment. Pretreatment expectations of treatment outcome, as well as their increase during the course of the treatment, have proven to be significant predictors of trends in all the monitored variables. The increase in personal optimism unequivocally demonstrated its mediation role in the relations of the increase in treatment outcome expectations and the changes in the assessed criteria, while the increase in generalized self-efficacy played no such role, so it could be seen more as an outcome of the treatment than a mediator of treatment outcome. The random effects and residual variances of the tested models suggest the existence of the potential moderation effect of some third set of variables, but the results indicated that pretreatment outcome expectations did not play such a role.</p> <p>The results strongly support the contextual models of psychotherapy and stress the fact</p>	

that a client's pretreatment outcome expectations as well as the changes that occur in them in the course of treatment are indisputably powerful general factors of change that predict and explain the outcome of psychotherapeutic treatment to a significant degree.

Accepted on Scientific Board on: AS	September 12 th , 2014.
Defended: DE	
Thesis Defend Board: DB	president: member: member:

Rad koji je pred vama rezultat je višegodišnjeg istraživačkog poduhvata u vezi sa kojim osećam potrebu da se zahvalim svima onima koji su bili pomoć i podrška u njegovoj realizaciji.

Bezgraničnu zahvalnost dugujem svojoj majci koja me je naučila humanosti, te svojom безусловnom podrškom, strpljenjem i ohrabrenjima odnegovala u meni čoveka.

Jednaku zahvalnost dugujem svojoj mentorki Vesni Gavrilov-Jerković koja me je uputila u magiju psihološke promene, te svojom britkom naučnom mišlju i veselom kreativnošću odnegovala u meni istraživača i psihologa.

Posebnu zahvalnost dugujem kolegici Milici Lazić čija je vrhunska statistička kompetentnost doprinela adekvatnom odgovoru na metodološke izazove koje je diktirala kompleksnost naših istraživačkih pitanja, te menadžmentu i savetnicima Centra za ratnu traumu u Novom Sadu čije je strpljivo učešće u istraživanju omogućilo njegovu realizaciju.

Konačnu i najveću zahvalnost dugujem naravno klijentima čije je odvažno upuštanje u avanturu psihološke promene omogućilo da se ovo istraživanje od intrigantnih pretpostavki razvije ka naučnim zaključcima. Ovaj rad je posvećen upravo njima.

REZIME

Decenijama unazad, klijentova očekivanja ishoda tretmana isticana su od strane teoretičara kontekstualnih psihoterapijskih modela kao jedan od ključnih opštih faktora psihoterapijske promene. Međutim, rezultati dosadašnjih istraživanja uloge ovog fenomena daju nekonzistentne rezultate jer se ovom konstrukturu pristupa veoma raznovrsno. Pojedini istraživači ističu važnost početnih pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana, drugi ulogu promene očekivanja ishoda tretmana u postizanju željene terapijske promene, dok treći ističu da se efekti očekivanja ishoda tretmana na ishod ostvaruju kako direktno tako i indirektno posredstvom promene klijentovih generalnih očekivanja.

Da bismo detaljnije istražili ulogu klijentovih očekivanja ishoda tretmana u ostvarivanju psihoterapijske promene, sproveli smo longitudinalno korelaciono istraživanje koje je za cilj imalo praćenje kako promene klijentovih očekivanja ishoda tretmana i generalnih očekivanja, tako i varijabli ishoda - opšte uznemirenosti, pozitivnog i negativnog afekta, te zadovoljstva životom u funkciji protoka psihoterapijskog tretmana. Uzorak se sastojao od ispitanika koji pate od neke forme psihološkog problema subkliničkog intenziteta i samoinicijativno su se javili na tretman. Od 117 klijenata inicijalnog uzorka, 36 ispitanika prosečne starosti 31 godinu i dominantno ženskog pola (80.6%) privelo je tretman kraju i popunilo upitnike tri meseca nakon završetka tretmana. Tretman se sastojao od deset susreta sa psihoterapeutom po principu rutinske terapijske prakse Centra za ratnu traumu u Novom Sadu koji su sprovodili 19 psihoterapeuta edukovanih u okvirima različitih psihoterapijskih orijentacija. Istraživanje je obuhvatalo ukupno šest merenja - prvo prilikom dijagnostičkog susreta sa klijentom, drugo u proseku dve nedelje kasnije neposredno pre početka prve tretmanske seanse, treće nakon treće seanse tretmana, četvrto nakon šeste seanse, peto na kraju tretmana, te šesto merenje tri meseca nakon završetka tretmana. Primenjivani su sledeći instrumenti: Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS 21) za procenu opšte uznemirenosti, Srpski inventar afekata baziran na Positive and Negative Affect Schedule - X (SIAB - PANAS) za procenu pozitivnog i negativnog afekta, Skala zadovoljstva životom (SWLS) za procenu zadovoljstva životom, Skala generalizovane self-efikasnosti (SGSE) i Skala ličnog optimizma (PO) za procenu generalnih očekivanja, te Skala očekivanja promene (ACES) za procenu očekivanja ishoda tretmana.

Serijom analiza kriva latentnog rasta te multilevel analiza mešovutih efekata dobijeni su rezultati koji sugerišu da dolazi do značajne redukcije opšte uznemirenosti i negativnog afekta i to pre početka tretmana i u njegovim ranim fazama, dok se zadovoljstvo životom i pozitivni afekat značajno ne menjaju u funkciji protoka tretmana. Promena pozitivnih i negativnih pokazatelja klijentovog stanja ne prate obrnuto proporcionalni obrazac. Očekivanja ishoda tretmana i lični optimizam linearno rastu nakon početka tretmana, dok generalizovana self-efikasnost značajno raste u završnoj fazi tretmana. Vrednosti praćenih varijabli stabilne su tri meseca nakon kraja tretmana. Pretretmanska očekivanja ishoda tretmana, kao i njihov porast tokom tretmana, značajani su prediktori trendova svih

praćenih varijabli. Porast ličnog optimizma ima nedvosmislenu medijacionu ulogu u relacijama porasta očekivanja ishoda tretmana i promene u kriterijumima, dok porast generalizovane self-efikasnosti nema tu ulogu, te se više može smatrati ishodom nego medijatorom ishoda tretmana. Nasumični efekti i rezidualne varijanse ovih modela sugerišu postojanje moderacionog efekta trećih varijabli, ali rezultati pokazuju da pretretmanska očekivanja ishoda tretmana takvu ulogu ne poseduju.

Rezultati snažno idu u prilog kontekstualnim modelima u psihoterapiji i ističu da su klijentova pretretmanska očekivanja ishoda tretmana i promena tih očekivanja tokom tretmana neosporivo moćni opšti faktori promene koji u značajnoj meri predviđaju i objašnjavaju ishod psihoterapijskog tretmana.

Ključne reči: klijentovo očekivanje ishoda tretmana, generalna očekivanja, psihoterapijska promena, krive latentnog rasta, multilevel modeli mešovutih efekata

ABSTRACT

For decades, a client's expectations of treatment outcome in achieving psychotherapeutic change have been emphasized by theorists of contextual models of psychotherapy as one of the crucial common factors of psychotherapeutic change. However, the results of previous studies regarding this phenomenon proved to be inconsistent because the theoretical approaches to this construct were very varied. Some researchers point out the importance of initial pretreatment outcome expectations, others emphasize the role of change in outcome expectations in achieving the desired therapeutic outcome, while a third group points out that treatment outcome expectations have an effect on therapy outcome both directly and indirectly, via changes in the client's general expectations.

In order to further investigate the role of a client's treatment outcome expectations in achieving psychotherapeutic change, we conducted a correlation longitudinal study aimed at monitoring the changes in the client's treatment outcome expectations as well as changes in general expectations and outcome variables - general distress, positive and negative affect, and life satisfaction, all as a function of the progress of psychotherapeutic treatment. The sample consisted of clients suffering from a problem of subclinical intensity who had voluntarily applied for treatment. Of the initial sample consisting of 117 clients, 36 participants with an average age of 31 and predominantly female (80.6%) completed the treatment and filled in questionnaires three months following the treatment. The treatment consisted of ten sessions of routine psychotherapy practice in The War Trauma Center in Novi Sad. It was conducted by 19 psychotherapists educated in various psychotherapeutic orientations. The study included a total of six assessments – the first one during the diagnostic session with the client, the second one an average of two weeks later, just before the start of the first treatment session, the third one after the third treatment session, the fourth one after the sixth treatment session, the fifth one at the end of the treatment and the sixth one three months after the end of the treatment. The following instruments were used: The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) for assessment of general distress, the Serbian Affect Inventory based on the Positive and Negative Affect Schedule - X (SIAB - PANAS) for the assessment of positive and negative affect, the Satisfaction With Life Scale (SWLS) for the assessment of life satisfaction, the Generalized Self-efficacy Scale (SGSE) and the Personal Optimism Scale (PO) for the assessment of general expectations, and the Expectations of Change Scale (ACES) for the assessment of treatment outcome expectations.

Using a series of latent growth curve analyses and multilevel analyses of mixed effects, we obtained results which indicate a significant reduction in general distress and negative affect before the start of the treatment as well as in its early stages, while life satisfaction and positive affect did not demonstrate a significant change as a function of the progress of the treatment. The changes in positive and negative indicators of a client's state do not follow inverse relationship patterns.

Treatment outcome expectations and personal optimism demonstrate a linear growth after the beginning of the treatment, while generalized self-efficacy increases significantly in the final stage of the treatment. The values of assessed variables were stable for three months after the end of the treatment. Pretreatment expectations of treatment outcome, as well as their increase during the course of the treatment, have proven to be significant predictors of trends in all the monitored variables. The increase in personal optimism unequivocally demonstrated its mediation role in the relations of the increase in treatment outcome expectations and the changes in the assessed criteria, while the increase in generalized self-efficacy played no such role, so it could be seen more as an outcome of the treatment than a mediator of treatment outcome. The random effects and residual variances of the tested models suggest the existence of the potential moderation effect of some third set of variables, but the results indicated that pretreatment outcome expectations did not play such a role.

The results strongly support the contextual models of psychotherapy and stress the fact that a client's pretreatment outcome expectations as well as the changes that occur in them in the course of treatment are indisputably powerful general factors of change that predict and explain the outcome of psychotherapeutic treatment to a significant degree.

Keywords: client's treatment outcome expectations, general expectations, psychotherapeutic change, latent growth curve, multilevel mixed effects models

SADRŽAJ

1. TEORIJSKI DEO	4
1.1. Psihoterapija pre psihoterapije.....	5
1.1.1. Psihoterapija - zanat star koliko i ljudski rod.....	5
1.1.2. Psihoterapija - upotreba razgovora u medicinske svrhe.....	10
1.2. Kontekstualni modeli u psihoterapiji.....	13
1.2.1. Da li je Dodo ptica izumrla? Razvoj kontekstualnih modela.....	13
1.2.2. Model opštih faktora Jeromea Franka.....	14
1.2.3. Model opštih faktora promene i istraživanja efikasnosti psihoterapijskih tretmana...	17
1.2.4. Model opštih faktora promene i psihološki modeli promene ponašanja.....	22
1.2.5. Kontekstualni modeli posle Franka.....	23
1.2.6. Epilog rasprave o efikasnosti psihoterapije?.....	30
1.3. Klijentova očekivanja kao opšti faktor promene.....	31
1.3.1. Tipovi očekivanja.....	34
1.3.2. Očekivanja ishoda tretmana.....	35
1.3.2.1. Dosadašnja istraživanja klijentovih očekivanja ishoda tretmana i njihovog uticaja na ishod tretmana.....	38
1.3.2.2. Propusti - jednokratnost merenja.....	39
1.3.2.3. Propusti - instrument.....	41
1.3.2.4. Propusti - linearnost.....	42
1.3.2.5. Povezanost klijentovih karakteristika i očekivanja ishoda tretmana.....	44
1.3.3. Očekivanja vezana za tretman.....	45
1.3.3.1. Očekivanja terapeutove uloge.....	45
1.3.3.2. Očekivanje klijentove uloge.....	45
1.3.3.3. Očekivanje procesa tretmana.....	46
1.3.3.4. Dosadašnja istraživanja očekivanja vezanih za tretman i njihovog uticaja na ishod tretmana.....	47
1.3.4. Manipulacija klijentovim očekivanjima.....	49
2. EMPIRIJSKI DEO	52
2.1. Problem istraživanja.....	53
2.2. Ciljevi.....	53
2.3. Hipoteze.....	54
2.4. Uzorak.....	57
2.5. Procedura.....	59
2.6. Instrumenti.....	61
2.7. Obrada podataka.....	64
2.8. Rezultati i analiza.....	66
2.8.1. Osnovni pokazatelji postignuća inicijelnog i konačnog uzorka na merenim varijablama.....	66
2.8.2. Specifičnosti osipanja uzorka.....	67
2.8.3. Analize značajnosti postignute promene krivama latentnog rasta.....	69
2.8.4. Analize prediktivne moći početnih očekivanja ishoda tretmana na promenu zavisnih varijabli.....	81
2.8.5. Analize prediktivne moći promene početnih očekivanja ishoda tretmana na	

promenu zavisnih varijabli.....	84
2.8.6. Analize moderacije testiranih medijacionih modela.....	93
2.9. Diskusija.....	106
2.9.1. Diskusija: veličina uzorka i specifičnosti osipanja.....	106
2.9.2. Diskusija: ostvarene promene na merenim varijablama.....	108
2.9.3. Diskusija: prediktivni potencijal početnih očekivanja.....	115
2.9.4. Diskusija: prediktivni potencijal promene početnih očekivanja.....	119
2.9.5. Diskusija: moderaciona uloga početnih očekivanja u relacijama testiranih medijacionih modela.....	123
2.9.6. Generalna diskusija: ograničenja sprovedenog istraživanja.....	124
2.9.7. Generalna diskusija: prednosti i implikacije sprovedenog istraživanja.....	126
2.10. Zaključci.....	130
3. LITERATURA.....	141
4. PRILOZI.....	175
4.1. Prilog 1.	175
4.2. Prilog 2.	180
4.3. Prilog 3.	181
4.4. Prilog 4.	186

1. TEORIJSKI DEO

**„Reči su, po mom ne tako skromnom mišljenju,
naš najneiscrpniji izvor magije, sposoban kako za nanošenje povreda,
tako i za njihovo zaceljivanje.“**

J. K. Rowling – Harry Potter i relikvije smrti.

1.1. PSIHOTERAPIJA PRE PSIHOTERAPIJE

Potreba da se ljudima koji pate pomogne u izlaženju na kraj sa psihološkom patnjom, te prilagođavanjem na zahtevne okolnosti života stara je koliko i sam ljudski rod. Dokazi da je čovek primenjivao različite rituale sa idejom da kod svojih saplemenika isceljuje stanja pogoršane psihofizičke funkcionalnosti sežu oko dvadeset hiljada godina u prošlost (Jackson, 1999; Shapiro & Shapiro, 1997). Tokom ovog perioda, presudnu ulogu u razvoju isceliteljske prakse imali su kulturni obrasci u skladu sa kojima su pripadnici određenih naroda razvijali modele objašnjenja nastanka problema, te konzistentno sa važećim verovanjima i dostupnim materijalnim resursima osmišljavali i praktikovali razne rituale namenjene smanjenju patnje i oslobađanju obolelog iz kandži njemu misterioznih sila bolesti (Elijade, 1985; Frank & Frank, 1991; Gaines, 1992; Lévi-Strauss, 1989; Wampold & Imel, 2015). Po mišljenju brojnih autora, traganje za aktivnim komponentama efikasnog savremenog psihoterapijskog tretmana, a samim tim i uloge klijentovih očekivanja ishoda tretmana u njima, valjalo bi započeti osvrtom na raniju isceliteljsku praksu koja ima velike sličnosti sa savremenom psihoterapijom i, štaviše, predstavlja njen konceptualni koren (Baker, 1996; Frank & Frank, 1991; Jackson, 1999; Torrey, 1986; Wilson, 1978).

1.1.1. Psihoterapija - zanat star koliko i ljudski rod.

Prvi pisani tragovi o praksi koja predstavlja korene savremene psihoterapije nalaze se u antičkoj Grčkoj. Istoričari ovog perioda saglsani su da antičku praksu koja po svojim odlikama i prevashodno efektima nalikuje psihoterapiji možemo grupisati u tri grupe: ekstatičke ceremonije, inkubaciju u hramovima, te kao poslednju učenje filozofâ (Baker, 1996; Gill, 1985; Entralgo, 1970; Jackson, 1999). Ekstatičke ceremonije, prevashodno dionizijske i koribantske svetkovine omogućavale su učesnicima uvođenje u stanje transa i prepuštanje ekstazi, odnosno napuštanje socijalnih normi ponašanja tokom čega je bilo omogućeno zadovoljenje različitih socijalno sankcionisanih ponašanja i zadovoljenje neprihvatljivih impulsa, uz delegiranje odgovornosti za svoje ponašanje bogovima (Dodds, 1957). Učešće u ovakvim ritualima, veoma detaljno opisanim u Aristofanovom komadu *Ose* (Aristofan, 1996), u klasičnoj Grčkoj snažno je preporučivano kao lekovito za stanja koje savremena medicina označava kao mentalne poremećaje (Simon, 1978).

Pročišćenje duha od neprhvatljivih impulsa, doduše ne na ovako eksplicitan već na vikarijski način, bila je smisao i Aristotelove ideje o katarzi, odnosno ideje da se osoba oslobađa neprihvatljivih impulsa i emocionalnog naboja prisustvujući u antičkom pozorištu odigravanju emocionalno šaržiranog komada sadržinski sličnog gledaočevom emocionalnom problemu (Scheff, 2001). Prvi zapis o sadržaju neposrednog psihoterapijskog tretmana po Devereuxu upravo možemo naći u antičkoj drami - Euripidovim *Bahantkinjama*. Ovaj autor tvrdi da je motiv za scenu u kojoj se ilustruje psihoterapijski princip prisećanja i uvida ovaj antički tragičar prosto zabeležio nakon što je posmatrao sličnu praksu među menadama u drevnoj Makedoniji (Devereux, 1970).

Druga grupa antičkih rituala odnosila se na praksu inkubacije u hramovima, odnosno pojave da osobe koje pate od emocionalnih poteškoća provode noći spavajući u hramovima posvećenim Esuklapu, sa ciljem da se kroz san od Apolonovog sina i boga izlečenja dobije uteha, savet i uputstvo za ponašanje koje bi doprinelo izlečenju. Uvod u ovaj ritual predstavljala je procedura očišćenja putem ritualnog pranja i prinošenje beskrvne žrtve koja je imala funkciju da umilostivi božanstvo koje daje isceliteljsko uputstvo (Dodds, 1957). Žrtva je po mišljenju većine teoretičara antropologije svakako imala za cilj da poveća legitimitet rituala i uverenost učesnika u njegovu efikasnost (Elijade, 1985; Frejzer, 2003; Janićijević, 1986; Lévi-Strauss, 1989). Malo je na primer poznato da se termin *farmakos*, kasnije korišćen za označavanje leka, te samim tim i etimološki koren svih kasnijih termina povezanih sa farmacijom, u antičkoj praksi odnosio na ljudsku žrtvu koju su u Grčkoj uz smeh i slavlje targelijanskih svečanosti prinostili Apolonu i Atini (Burkert, 1979; Stevanović, 2009; Szasz, 1974). U Eskulapovim hramovima, od kojih su napoznatiji bili u Epidaurumu, u Kosu gde je obitavao Hipokrat, te u Galenovom rodnom Pergamu, sveštenici su nakon buđenja vernika iz ritualne inkubacije interpretirali njihove snove, davali savete i sugerisali promene u ponašanju poput promene ishrane, fizičke aktivnosti, posećivanja muzičkih i pozorišnih događanja, te religiozno-magijskih rituala (Edelstein & Edelstein, 1945). Svoju popularnost ovakva mesta po Jacksonu (1999) duguju prevashodno uverenosti pacijenata u izlečenje, autosugestiji, te promeni u ponašanju koju preporučuje bog izlečitelj, a njegov sveštenik prepisuje i operacionalizuje u konkretno ponašanje. Ovu praksu zasnovanu na gotovo istim principima su do današnjih dana očuvala hrišćanska svetilišta (Jackson, 1999). Referirajući upravo na potencijal uverenosti vernika da dovede do redukcije uznemirenosti, Fish duhovito primećuje da se mistična izlečenja nakon molitve u pećini Lourdesa dešavaju samo hodošasnicima, a nikada žiteljima tog mesta (Fish, 1973).

Da je učenje antičkih filozofa uticalo na razvoj psihoterapijske prakse ističu autori većine savremenih psihoterapijskih modaliteta (Beck, 1995; Ellis, 2005; Freud, 2002; Jalom, 2011; Moos, 2001; Tourney, 1965). Uloga učenja antičkih filozofa bila je u tome da slušaocima obezbede najnje, samokontrolu, utehu i emocionalnu stabilnost, čime sebi pridaju ulogu iscelitelja ili čak lekara duše (Jackson, 1999; Nussbaum, 1994). Međutim, postoje tek posredni dokazi da su se antički filozofi bavili praksom koja u skladu sa modernim definicijama nalikuje psihoterapiji. Među presokratovskim filozofima nalazimo učenja Gorgije koji smatra da ubedljiva reč deluje na dušu kao što lek deluje na telo (Baker, 1996). Postoje naznake da je prvu psihoterapijsku praksu zabeleženu u istoriji osnovao

Antifon u petom veku pre nove ere. Entralgo navodi da je ovaj sofista razglasio među narodom drevnog Korinta kako u specijalnom prostoru na gradskom trgu uznemirene tretira rečima, traži uzroke uznemirenosti i nudi utehu (Entralgo, 1970). Chessik, međutim, tvrdi da je Sokratova majeutika prva opisana praksa intenzivne psihoterapije (Chessik, 1982) koja i danas predstavlja značajnu tehniku prevashodno kognitivnih tretmana (Ellis, 2005). Da je sokratovski dijalog prvenstveno vežbanje veštine manipulacije apstraktnim sadržajem koji ignoriše ili u najmanju ruku stavlja u drugi plan sagovornikov emocionalni odgovor, osnova je kritike upućene kako proglašavanju majeutike psihoterapijom (Gill, 1985), tako i savremenim terapijskim pravcima koji je favorizuju (Corey, 2005). Većina istraživača istorije psihoterapije saglasna je da korene savremene psihoterapijske prakse treba tražiti u Platonovoj retorici (Baker, 1996; Ehrenwald, 1976; Entralgo, 1970; Frank & Frank, 1991; Jackson, 1999; Nussbaum, 1994; Szasz, 1978). Platon je retoriku izjednačavao sa terminom *psihogogija* pod kojim podrazumeva umetnost usmeravanja umova pomoću govora, a filozofiju uopšte kao terapiju za bolesti duše. On je na fenomene uznemirenosti i neuravnoteženosti koje danas smatramo znacima kliničkih stanja gledao kao na specifičnu formu neznanja koja rezultira dominacijom žudnji i impulsa nad racionalnim, te razvijao specifičnu formu dijaloga koji vremenom postaje dijalektički, a sve sa ciljem da kod sagovornika dovede do *sofrosinije* - harmonije i balansa svih delova psihičkog života putem reorganizacije uverenja ili pak usvajanja novih uverenja plemenitijih od starih (Entralgo, 1970). Nastavljajući ovo učenje, Aristotel formuliše dijalektički dijalog kao formu strukturirane retorike sa katarzom i sofrosinijom kao osnovnim ciljevima. Preduslovi za ovakvu formu dijaloga za njega su bili (1) ličnost retoričara koja svojim etosom ima potencijal da zadobije poverenje slušaoca, (2) emocionalna uključenost slušaoca potaknuta ličnošću retoričara i sadržajem dijaloga, te (3) rasprava putem koje se slušaoci uveravaju u sadržaj - istinu, logičnu i racionalnu kojom suvereno vlada retoričar (Entralgo, 1970; Jackson, 1999). Neki od savremenih teoretičara psihoterapijskih modela promene nalaze da savremena psihoterapija sa svim svojim modalitetima po mehanizmima svog dejstva suštinski nije puno odmakla od principa kojima se vodio Aristotel u definisanju retorike (Frank & Frank, 1991; Fish, 1973; Szasz, 1978).

Hipokrat je na psihičke poteškoće gledao kao i na sve druge telesne probleme - kao na dominantno fizički fenomen koji se može tretirati i analizirati empirijskim putem. Značajno se protivio upotrebi magijskih riutala smatrajući ih vulgarnim, te iako priznaje lekoviti potencijal ubedljivih reči, on delovanje retorike ograničava na pridobijanje poverenja pacijenta i održavanje njegovog raspoloženja na dobrom nivou (Entralgo, 1970). Sledeći tradiciju oca medicine, Galen na razmeđu vekova, uz fizički tretman za stanja psihičke neuravnoteženosti različitim remedijumima, preporučuje traženje saveta od mudraca koji važe za plemenite i dobre (Jackson, 1999). Njegov kolega i savremenik Celzus, s druge strane, za bolesti duha prepisuje uporebu tinktura biljaka a u slučaju neuspeha preporučuje averzivne tretmane poput bičevanje ili izgladnjivanje. U novoj eri retki su pojedinci koji nastavljaju humanističku tradiciju antike poput na primer Areteja iz Kapadokije koji zagovara human tretman i terapiju razumom. Sa usponom hrišćanstva, a i pod značajnim uticajem paganskih shvatanja, psihičke poteškoće ponovo počinju da se smatraju posledicom zaposednutosti

demonjskim silama, te je dominantan tretman osoba koje pate od ovakvih stanja bio egzorcizam sa širokim varijabilitetom averzivnih i nehumanih postupaka u cilju pročišćenja duše, čime opisana antička tradicija gotovo u potpunosti iščezava (Baker, 1996; Szasz, 1978; 1982). Upravo zbog toga, Szasz navodi da, pre nego u antičkoj tradiciji i spisima Hipokrata i Galena, korene evropske psihijatrijske i psihoterapijske prakse prevashodno treba tražiti u drevnim ulogama iscelitelja, tačnije u srednjovekovnoj praksi tzv. belih veštica. One su se do razvoja moderne medicine bavile primitivnim lečenjem uz pomoć trava i rudimentarnih lekova, ali i oslanjajući se na magiju i ritualni uticaj natprirodne pojave sa ciljem pomaganja grupama i pojedincima koji su patili od neprijatnih stanja tada neobjašnjive etiologije. Ove isceliteljke po Szaszu veliki deo svoje efikasnosti duguju klijentovoj uverenosti da im praktikujući određeni ritual mogu pomoći (Szasz, 1982). Do potpuno istog zaključka dolaze i drugi autori analizirajući efikasnost iscelitelja u drevnim (Baker, 1996; Jackson, 1999) i primitivnim društvima (Draguns, Gielen, & Fish, 2004; Elijade, 1985; Fish, 1996; Haviland, 2004; Lévi-Strauss, 1989; Torrey, 1986). Na primer, Elijade ističe da jedna od osnovnih uloga vračeva i šamana u gotovo svim drevnim društvima odbrana psihičkog integriteta zajednice kao i ozdravljenje pojedinca od mističnih bolesti i stanja u kojima taj pojedinac nema kontrolu nad sopstvenim ponašanjem. Po njemu, modus operandi ovih drevnih iscelitelja sastoji se naročito u ovoj činjenici: ljudi su uvereni da čovek, koji je potekao iz njihovog socijalnog miljea i prošao izvesne njima nerazumljive i mistične rituale inicijacije, može da im pomogne u kritičnim okolnostima izazvanim osobama i pojavama koje potiču iz nevidljivog i nematerijalnog sveta (Elijade, 1985). U svom kratkom pregledu istorijskog razvoja psihoterapijskih principa Baker na primer tvrdi da je upravo magijsko mišljenje verovatno prvi i najstariji terapijski princip koji i danas u značajnoj meri deluje kako u nerazvijenim društvima u svom integralnom obliku, tako i u modernim psihijatrijskim i psihoterapijskim kabinetima, gde mnoštvo literature, razni aparati i diplome na zidovima na potpuno heuristički način podstiču uverenost klijenta da može značajno profitirati od tretmana kod osobe koja obitava i radi u jednom takvom setingu (Baker, 1996).

Praveći paralele između psihoterapeuta i vračeva, Torrey takođe sumira da su elementi zajednički za njihovu praksu klijentova očekivanja efekata tretmana, mistični ritual, lični kvaliteti i veštine terapeuta, te međusobni konsenzus oko prirode problema. Štaviše, ovaj autor tvrdi da je svaku efikasnu psihoterapijsku praksu moguće svesti na međusobni susret dve uloge. Prva je uloga *mudrog izlečitelja* koju zauzima terapeut sa svojim profesionalnim i ličnim karakteristikama. Njegovo glavno ili makar početno oružje je sposobnost da sadržaj koji mu klijent daje imenuje u skladu sa svojom doktrinom, bila to animistička praksa ili eksplicitno definisani kriterijum dijagnostičke klasifikacije, čime unosi red u klijentovo haotično i bespomoćno shvatanje sopstvenog stanja (Torrey, 1986). Čak i samo imenovanje klijentovih neprijatnih iskustava predstavlja terapijski čin koji obezbeđuje klijentu doživljaj da postoji konceptualni sistem u kom njemu neobjašnjivi simptom ima svoje logično mesto, te da u razgovoru sa osobom koja je ovladala tim sistemom može i sam njime u određenoj meri ovladati (Frank & Frank, 1991). Ovu pojavu Torrey naziva *Rumpelstilckin principom* (Torrey, 1986) po nemačkoj legendi u kojoj se princeza oslobađa iz ropstva zlog patuljka pogodivši njegovo ime

(Grimm, Grimm & Taylor, 2009). Drugu ulogu u dijadi zauzima obeshrabreni klijent koji u odnos donosi svoj *kompleks izgradnje* – sistem očekivanja od tretmana i terapeuta. U onoj meri u kojoj klijentova očekivanja bivaju ispunjena uz naglašeni emocionalni odgovor, utoliko će klijent ući u *Supermen sindrom* – stanje u kome dominira klijentova bihevioralna aktivacija, obezbeđivanje korektivnih emocionalnih iskustava, porast opažene samoeфикаsnosti i doživljaj ovladavanja sopstvenim postupcima (Torrey, 1986).

Do veoma sličnih zaključaka nešto ranije dolazi Brill (1975) analizirajući ritual ispovesti u hrišćanskim crkvama. Osoba usled utiska da se ogrešila o opšti moralni princip svojom mišlju, rečju, delom ili propustom (Fortescue, 1908), doživljava intenzivnu potrebu da putem uspostavljanja emocionalno šaržiranog odnosa sa ispovednikom dobije oprost i oslobodi se konsekvantnog negativnog afekta, prevashodno krivice, kajanja i doživljaja lične neadekvatnosti. Što je veći spiritualni autoritet ispovednika, time vernikova uverenost da će putem sprovođenja rituala do oprosta greha zaista i doći, raste. U specifičnom setingu svetilišta, vernik priznaje svoje grehe i nad njime biva primenjen ritual razrešenja od greha, čime se po Brillu ostvaruju dve paralelne funkcije ispovesti. Prva je abreagovanje potiskivanih, neprihvatljivih ili samo intenzivnih emocija u bezbednom i poverljivom setingu gde je svaki, makar i negativan komentar ispovednika usmeren ka unapređenju duševnog stanja. Druga je sticanje uvida i jasnoće, odnosno smeštanje sadržaja disonantnog vernikovom sistemu vrednosti u prihvatljivi kontekst grešne ljudske prirode. Uzrokujući asimilaciju egodistonih sadržaja uz prateće pražnjenje emocionalnog naboja, ove funkcije dovode do toga da osoba stiče utisak ponovnog ovladavanja svojim iskustvima, doživljajima i namerama, što je ranije bilo kompromitovano doživljajem gubitka kontrole nad delom selfa kontaminiranog grehom, te pruža priliku osobi da ide dalje i više ne greši (Brill, 1975). Verovatno slične koncepte ima na umu i Foucault kada sugerise da hrišćanska ispovest predstavlja osnovu psihoanalitičkoj praksi (Fuko, 1978), dok Rosenzweig i eksplicitno tvrdi da je ispovest forma psihoterapije (Duncan, 2010).

Da rituali mističnih izlečenja nisu pojava rezervisana za drevna i primitivna društva ilustruje pojava da, samo jednu deceniju pre Pinelove revolucije u tretmanu osoba koje pate od mentalnih poremećaja, u Parizu biva veoma popularna praksa Franza Antona Mesmera, lekara koji tvrdi da je većina oboljenja uzrokovana blokadom protoka univerzalne energije kroz telo koju on zove animalni magnetizam. Mesmer je tvrdio da ima sposobnost da magnetizuje objekte koji u kontaktu sa telom pacijenata mogu deblokirati protok magnetizma i uzrokovati ozdravljenje. Na opšti užas mislilaca kartezijske Evrope, Mesmer je u svojim naporima bio uspešan što je dovelo do njegove ogromne popularnosti (Gallo & Finger, 2000). Sa namerom da raskrinka Mesmera kao šarlatana, komisija francuskog dvora na čelu sa Benjaminom Franklinom eksperimentalnom metodom uspeva da dokaže da se ефикаsnost Mesmerove metode ne može pripisati dejstvu magnetizma, ali da sporadična ефикаsnost njegove procedure ne može biti porećena (Gauld, 1992). Njegova procedura je okarakterisana šarlatanstvom ne zbog apsolutne neefikasnosti, već zbog nemogućnosti da dokaže specifičan mehanizam kojim uzrokuje poboljšanje (Wampold, 2015). Zanimljiva je koincidencija da je po gotovo istom obrascu polovinom XX veka američka Asocijacija za hranu i lekove diskreditovala

upotrebu i uništila orgonske akumulatore Wilhelma Reicha, uprkos sporadičnim poboljšanjima kod njihovih korisnika (Šaraf, 1997). Nakon denuncijacije mesmerizma, popularnost ove tehnike u Evropi značajno opada, dok u Americi nastavlja da biva praktikovana. Phineas Quimby, američki sajdzija impresioniram praksom animalnog magnetizma nastavlja sa promocijom i primenom Mesmerovih tehnika. Tretirajući, po njegovim navodima uspešno, oko dvanaest hiljada ljudi diljem Amerike, i sam zaključuje da sam misteriozni animalni magnetizam ne dovodi do poboljšanja, već da njegovoj efikasnosti doprinosi uverenost njegovih klijenata u isceliteljsku praksu rituala (Caplan, 1998). Rukovodeći se njegovim zaključkom, njegova klijentkinja i kasnije učenica Mary Baker Eddy sve do prve decenije XX veka praktikuje izlečenje verom tvrdeći da je njen tretman izlečenja hrišćanskom verom superiorniji od svih simplifikacija koje donosi razvoj materijalizma u medicinskoj praksi (Taylor, 1999). Religiozna zajednica koju je osnovala 1875. godine do današnjih dana je aktivna pod imenom Hrišćanska nauka, uživa veliku popularnost u Americi i u okviru nje se praktikuje izlečenje verom (Cautin, 2011).

1.1.2. Psihoterapija - upotreba razgovora u medicinske svrhe

U evropskoj tradiciji, koreni sistematskih ideja o potencijalnom naporu isceliteljâ da verbalnim uticajem na klijentove ideje i imaginaciju podstaknu redukciju neželjenih stanja nalaze se kod Paracelzusa. Opisujući stanje nalik Huntingtonovoj horeji koja se tad nazivala bolest svetog Vita, u svom delu iz 1567. *O bolestima koji uzrokuju oduzetost* Paracelzus piše da se razlog ovakvim stanjima treba tražiti u pacijentovim idejama, stavovima i imaginaciji, te bi iscelitelj na njih trebalo da deluje kako bi došlo do umanjenja simptoma (Crone, 2004). Međutim, sve do pojave moralnog tretmana u klasicističkoj Francuskoj i revolucionarnog Pinelovog zagovaranja humanog odnosa prema njima, osobe sa psihičkim poteškoćama bile su viđene kao zatočeni. Donoseći novu, odnosno oživljavajući antičku paradigmu humanog i saosećajnog odnosa prema osobama koje pate od mentalnih poremećaja, Philippe Pinel krajem XVIII veka insistira na razumnom razgovoru sa pacijentima, tokom kojih nudi saosećanje i ohrabrenje (Fuko, 2013). Prvu zvanično zabeleženu upotrebu termina psihoterapija nalazimo u radu engleskog hirurga Waltera Coopera Dandyja koji piše da "*jedna misao... zamenjujući drugu daje pozitivne efekte isto kao što snažan lek leči putem svoje aktivnosti u sistemu*" (Dandy, 1853 str. 99).

Krajem XIX veka u radovima Charcota i Janeta počinje da se utire put razvoju moderne psihoterapije na naučne discipline sa ciljem otkrivanja uzroka mentalnih poremećaja i razvoja novih metoda kojima bi se takva stanja korigovala. Sledeći ideju Pinelovog moralnog tretmana, ali i kartezijsku tradiciju evropskog shvatanja psihofizičkog paralelizma, mentalni poremećaj postaje istraživački i praktični domen medicine (Wampold, 2015). Jedan od prvih i najglasnijih zagovornika istraživanja mehanizama koji dovode do poboljšanja psihičkog stanja bio je William James koji u obraćanju američkom kongresu 1898. godine tvrdi da "*...ono što zaista zahtevaju interesi medicine je*

da mentalna terapeutika ne bude odbačena, već istraživana i njene zakonitosti spoznate" (James, 1987, str.58).

Sa otkrićem nesvesnog i razvojem psihoanalize kreće i opsežan teorijski i istraživački poduhvat sa ciljem da se odgovori na ovaj Jamesov zahtev. Freud sa saradnicima početkom XX veka razvija jedan od najuticajnijih teorijskih sistema sa ambicijom da objasni isprva etiologiju, održavanje i metod korekcije psihičkog simptoma, a nakon toga razvoj ličnosti i društva. Nakon napuštanja Charcotove hipnoze, tehnika slobodnih asocijacija biva glavno oružje u postizanju poboljšanja kod klijenata (Fulgosi, 1981). Sa svakim disidentom od Freudovih inicijelnih ideja javljale su se i modifikacije njegove tehnike sa jednako modifikovanim objašnjenjem njihovog dejstva (Jacoby, 1986). S druge strane, u Americi na istom tragu deluje Jamesova Bostonska škola, dok u pri Pennsylvanijskom univerzitetu Lightner Witmer 1896. godine osniva prvu psihološku kliniku i afirmiše kliničku psihologiju kao nauku koja primenjuje naučne principe u prevenciji, dijagnostikovanju i tretmanu mentalnih i ponašajnih neusklađenosti (Cautin, 2011). Iako Caplan tvrdi da je pre Freudovog dolaska u Ameriku psihoterapija tamo postojala kao dobro razrađena praksa (Caplan, 1998), pod uticajem tvorca psihoanalize njihovi nezavisni doprinosi postaju njen integralni deo, a psihoanalitička praksa sve više postaje rezervisana za lekare (Jacoby, 1986). Tokom cele prve polovine XX veka psihijatrija i psihoanaliza dominiraju američkom psihoterapijskom scenom (Garfield & Bergin, 1994), a psihoanalitičari na ovom polju nemaju ozbiljnog rivala (Garfield, 1981). Upravo u ovim istorijskim činjenicama Wampold vidi osnovni uzrok snažne dominacije medicinskog modela mentalnog zdravlja tokom celokupnog XX veka, pa sve do danas (Wampold, 2001).

Dominaciju psihoanalitičkog shvatanja mentalnog zdravlja prekinuće uspon novog i radikalno drugačijeg shvatanja psihičkog života - bihejviorizma. Pod snažnim uticajem Deweyjevog funkcionalizma i Pavlovljeve refleksološke škole (Wozniak, 1997), Watson u svom bihejviorističkom manifestu *Psihologija kako je vidi bihejviorista* nastoji da revolucionarno pročisti psihologiju od mentalističke metafizike i introspekcije kao njenog osnovnog oruđa, navodeći da je psihologija "... *objektivna eksperimentalna grana prirodnih nauka. Njen teorijski cilj je predikcija i kontrola ponašanja*" (Watson, 1913, str. 158). Iako je nastojao da Freudove psihoanalitičke postavke objasni isprva Jamesovim konceptom navika, a kasnije klasičnim uslovnim refleksom, Watson se slabo interesovao za psihoterapiju, prepuštajući je medicini (Rilling, 2000). Tek nakon eksperimenta koji je nagovestio snagu i mogućnosti emocionalnog uslovljavanja (Watson & Rayner, 1920), Watsonova saradnica Mary Cover Jones počinje sa eksperimentima kontrauslovljavanja naučenih refleksa straha, što predstavlja polaznu osnovu narastajućeg pokreta modifikacije ponašanja koji dvedesetak godina kasnije dovodi do omasovljavanja bihejvioralne terapije i preuzimanja dominacije od psihoanalize (Rutherford, 2006; Wozniak, 1997).

Jednako sa preciznim i opsežnim opisima teorijskih modela, tehnika i terapijskih procedura, praćenje efekata postignutih tretmanom takođe je bilo deo standardne psihoterapijske prakse tog vremena. Ono se pretežno svodilo na idiografsko praćenje klijentovog napretka. Praktičari iz obe opisane tradicije počinju sa sprovođenjem studija slučaja, prvenstveno i razloga što su im one služile

za unapređivanje i usavršavanje terapijskog metoda. Freud veoma insistira na preciznom opisnom praćenju promena kod klijenata, dok metodološkim puritancima poput bihejviorista praćenje efekata modifikacije ponašanja biva imperativ (Kazdin, 2003). Ono što kasniju istraživačku praksu lišava veoma relevantnih kontekstualnih informacija, svoje začetke ima u činjenici da obe ove psihoterapijske škole, u konceptualizovanju etiologije, održavanja i potencijalne korekcije psihičkog problema, svoje pretpostavke izvede iz medicinskog modela shvatanja psihičkih poteškoća (Elkins, 2009, Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015). Ilustrujući konceptualnu saglasnost psihoanalitičke i bihejviorističke terapijske prakse u oslanjanju na medicinski model, Wampold piše da obe ove inače dijametralno suprotne škole primenjuju svoje remedijume odnosno *tehnike* da tretiraju *poremećaj* na osnovu pretpostavke o *etiologiji* poremećaja i uzrokuju *restauraciju zdravlja* koje je isprva i kompromitivano dejstvom nekakvog patogenog agensa odnosno *nokse*. Uloga psihoterapeuta je da primenom specifične lekovite tehnike otkloni specifično dejstvo patogenog agensa i ukloni konsekvence nastale njegovim dejstvom (Wampold, 2001). Medicinski model do današnjih dana predstavlja konceptualnu bazu brojnih istraživačkih napora u traganju za komponentama specifičnih tretmanskih procedura koje uzrokuju njihovu efikasnost ili joj u velikoj meri doprinose. Ono što međutim zagovornici ovakvog pristupa prenebregavaju ili čak negiraju (npr. Chambless & Crits-Christoph 2006; Herbert & Gaudiano, 2008) je vrlo verovatna mogućnost da je oslanjanje na medicinski model u konceptualizaciji istraživanja neopravdano iz najmanje dva razloga. Prvi je empirijski utvrđena činjenica da se efekti psihoterapijskih tretmana kod klijenata postižu i drugačijim putem (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015). Drugi razlog je činjenica da su u oblasti mentalnog zdravlja poremećaji i dijagnostičke kategorije definisane deskriptivno, a ne etiološki (Follette & Houts, 1996; Widiger & Trull, 2007) i najčešće se oslanjaju na kulturološki specifične kriterijume normalnosti (Sussman, 2004; Wakefield, 1992), te je univerzalni remedijum zasnovan na takvoj konceptualizaciji logički i empirijski nemoguć (Follette & Houts, 1996). Baveći se prevashodno teorijskim analizama, Elkins dolazi do zaključaka da medicinski model nema potencijal da objasni šta se zaista dešava u psihoterapijskom procesu jer ignoriše druge dve činjenice. Prva je da psihoterapija nije medicinska procedura zasnovana na fizičkom dejstvu skalpela, molekula ili zraka, već interpersonalni proces koji svoje efekte ostvaruje konceptualno drugačijim mehanizmima. Druga činjenica leži u tome što velika većina klijenata od psihoterapijske asistencije očekuje podršku, usmerenje, lični rast i razvoj, a ne tretman mentalne bolesti (Elkins, 2009). Iako je zaključak brojnih teorijskih razmatranja (npr. Elkins, 2009; Goldfried, 1980; Wampold & Imel, 2015), te studija kako relativne tako i apsolutne efikasnosti psihoterapije nedvosmislen i dosledan - psihoterapija prosto ne funkcioniše na isti način kao i medicina (npr. Hubble, Duncan, Miller, & Wampold, 2010; Luborsky et al., 2002; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015), medicinski model i dalje predstavlja značajnu konceptualnu bazu istraživanjima u psihoterapiji, naročito onima grupisanim u pokret empirijski podržanih tretmana (Lambert, 2013a, Wampold & Imel, 2015).

Upravo će gubitak značajnih informacija nastao usled konceptualnog i metodološkog insistiranja istraživača na medicinskom modelu uzrokovati razvoj i uspon suprotstavljenе struje -

teoretičara kontekstualnih modela u psihoterapiji koji je počeo od formulisanja paradoksa ekvivalencije, odnosno presude ptice Dodo.

1.2. KONTEKSTUALNI MODELI U PSIHOTERAPIJI

1.2.1. *Da li je dodo ptica izumrla? Razvoj kontekstualnih modela.*

Polazeći od pitanja koje nameće formalna logika - kako teorijski suprotne premise i na njima zasnovane tehnike modifikacije psihičkog stanja mogu dovesti do identičnog efekta odnosno poboljšanja stanja kod klijenata, 1936. godine tada dvadesetdevetogodšnji Saul Rosenzweig u Američkom žurnalu ortopsihijatrije objavljuje svoj vizionarski članak *Neki implicitni opšti faktori u raznolikim metodama psihoterapije*. U ovom članku Rosenzweig zaključuje da, ako različiti terapijski modaliteti uzrokuju iste ili slične efekte kod klijenta, verovatnije je da, umesto teorijski usko pretpostavljenih mehanizama promene, u njihovoj osnovi leži nešto drugo - snažni zajednički opšti faktori koji su za postizanje promene možda i važniji od onih koje pretpostavljaju specifični teorijski sistemi. Predlažući traganje za sličnostima u suprotstavljenim sistemima umesto insistiranja na razlikama, autor između ostalog predlaže usmeravanje buduće istraživačke pažnje na otkrivanje tih univerzalnih faktora, te formiranje zajedničke terapijske ideologije koja bi predstavljala bazu za reintegraciju suprotstavljenih modela. Na početku rada, Rosenzweig citira roman Lewisa Carrolla *Alisa u zemlji čuda* u kom ptica Dodo na kraju trke saopštava da su svi učesnici pobedili i imaju pravo na nagrade (Rosenzweig, 1936), čime presuda ptice Dodo postaje sastavni deo istorije psihoterapije.

Četiri godine kasnije, na panelu konferencije Američkog ortopsihijatrijskog društva sazvanog povodom diskutovanja sličnosti u postojećim modalitetima psihoterapije, devet pozvanih učesnika među kojima su Rosenzweig i Rogers postižu saglasnost o postojanju daleko više sličnosti nego razlika među postojećim terapijskim pristupima. Šest je ključnih zaključaka panela oko kojih su učesnici postigli saglasnost: (1) ciljevi postojećih pristupa su slični, (2) psihoterapijski odnos je presudan za njihovu efikasnost, (3) odgovornost za postizanje promene je na klijentu, (4) fokus intervencija treba da bude postizanje klijentovog boljeg ili drugačijeg razumevanja sebe, (5) intervencije ne treba da budu rigidno uniformne već prilagođene zahtevima i karakteristikama klijenta, i (6) karakter, ponašanje i autentičnost terapeuta ima značajnog udela u efikasnosti tretmana (Watson, 1940). Zaključci ovog panela, kao u ostalom i Rosenzweigov članak, uz retke izuzetke (Heine, 1953; Hoch, 1955; Garfield, 1957; Rogers, 1942; 1957), imaju veoma malo odjeka (Duncan, 2010). Većina autora saglasna je da je pravi proboj u naučnu javnost ideje o opštim faktorima promene došao 1961. godine sa knjigom *Uverenost i isceljenje* Jeromea Franka (Constantino, Glass, Arkhoff, Ametrano, & Smith, 2011; Duncan, 2010; Fish, 1973; 2004; Glass, Arkhoff, & Shapiro, 2001; Goldfried & Newman, 2003; Grawe, 2004; Jackson, 1999; Kirsch, 1990; Luborsky et al., 2002; Norcross, 2005; Reisner, 2005; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

1.2.2. Model opštih faktora Jeromea Franka

Oslanjajući se na radove konstruktivista (Kelly, 1955) i teoretičare socijalnog učenja (Bandura, 1977a; Rokeach, 1968; Rotter, 1954), Frank polazi od pretpostavke da svaki psihoterapijski klijent na psihoterapiju dolazi sa svojim *svetom pretpostavki*, odnosno sistemom kognitivnih šema na osnovu kojih opaža i interpretira svet oko sebe i sopstvenu poziciju u njemu, formira sistem očekivanja budućih događaja uzrokovanih opaženim okolnostima i u skladu sa njima se ponaša. Posebno veliki značaj Frank pridaje klijentovim kauzalnim atribucijama, odnosno sistemu pretpostavki o uzročnosti klijentovog ponašanja i konsekvencama istog, koje po njemu kod većine klijenata dovode do doživljaja smanjene ili potpuno nepostojeće kontrole i uticaja na sopstveno stanje. Kao rezultat atribuiranja uzroka sopstvenog stanja eksternim okolnostima, otpisivanja odgovornosti za sopstveno stanje i repertoara ponašanja suženog na pretežno disfunkcionalno, klijent održava sopstveno stanje bihevioralnim izbegavanjem prilika da testira svoje disfunkcionalne pretpostavke, a svet oko sebe interpretira pristrasno i u skladu sa njima, čime ih potvrđuje i učvršćuje. Ovakav sistem pretpostavki, ponašanja i konsekventnih emocionalnih odgovora kod klijenata stvara doživljaj bespomoćnosti u pogledu promene sopstvenog stanja na bolje, odnosno kako ga Frank naziva, *doživljaj demoralizacije*. Njegova je pretpostavka da većina klijenata poseže za psihoterapijskim tretmanom tek kada se nađu u stanju beznadežnosti i demoralizacije (Frank, 1961; 1971; 1973; 1982; Frank & Frank, 1991), te da je cilj svake psihoterapije borba protiv klijentove demoralizacije, odnosno pomaganje klijentima da se bolje osećaju i funkcionišu putem... "*podstrekivanja prikladne modifikacije sveta pretpostavki, transformišući značenja iskustava u onakva od kojih će imati više koristi*" (Frank & Frank, 1991, str. 30). Drugim rečima, ključni mehanizam promene po Franku predstavlja porast klijentovih specifičnih očekivanja poboljšanja psihičkog stanja usled učešća u tretmanu koje uzrokuje porast generalnih pozitivnih očekivanja od sebe, života i budućnosti. Nezavisno od teorijskog modaliteta ili tipa tehnika koje koriste, svi psihoterapijski tretmani dovode do opisanog porasta nade jer dele četiri karakteristike odnosno opšta faktora ključna za aktivaciju ovog mehanizma. To su specifični *odnos sa pomačem, terapijski seting, terapijski racional i terapijski ritual*.

Prvi od njih je *terapijski odnos sa pomačem*. Istraživanja iz brojnih oblasti psihologije sugerišu da je za zdravo i srećno funkcionisanje čoveka neophodnan blizak emocionalni odnos sa drugim ljudskim bićem, bez obzira da li taj odnos zovemo atačment (Bowlby, 1969), realni odnos (Gelso, 2014), manjak usamljenosti (Lieberman, 2013), pripadanje (Baumeister, 2005) ili socijalna podrška (Cohen & Syme, 1985). U psihoterapijskom kontekstu, topao autentičan i prihvatajući emocionalno šaržiran odnos poverenja i razumevanja klijenta i terapeuta ključan je (Luborsky, 1976; Norcross, 2010; Norcross & Lambert, 2011), a po nekim teoretičarima i dovoljan (Rogers, 1957), za postizanje poboljšanja klijentovog stanja. Korpus dosadašnjih istraživanja terapijskog odnosa je ogroman. Horwath i Bedi (2002) identifikuju preko dve hiljade studija koje ukazuju da karakteristike

terapijskog odnosa statistički značajno predviđaju ishod tretmana kod odraslih klijenata. Do 2010. godine taj broj narasta na oko sedam hiljada (Horvath, Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Drugim rečima, što je terapijski odnos kvalitetniji to je klijentova pozitivna promena na kraju tretmana veća. Procena terapeutove empatije od strane klijenta jedan je od najdoslednijih i najsnažnijih prediktora psihoterapijskog ishoda (Elliot, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Moyers & Miller, 2013). Na primer, ukoliko klijenti terapeute procenjuju kao više afirmišuće i razumevajuće, manifestuju veća pozitivna očekivanja ishoda tretmana od onih klijenata koji terapeute procenjuju kao više kontrolišuće i direktivne u situacijama terapijskih zastoja (Ahmed, Westra, & Constantino, 2010). Frank međutim terapijski odnos shvata šire. Po njemu terapijski odnos uz malopre opisane karakteristike podrazumeva i klijentovu impresioniranost ličnošću i stručnim autoritetom terapeuta, kongruentnost klijentovih očekivanja sa terapeutovim metodom, te saglasnost oko ciljeva tretmana (Frank & Frank, 1991), što je u kasnijim istraživanjima dobilo snažnu empirijsku potvrdu (Baldwin & Imel, 2013; Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004; Bohart & Tallman, 2010; Norcross, 2010; Wampold & Imel, 2015).

Terapijski odnos klijenta i pomagača odvija se u *isceliteljskom setingu* koji Frank smatra drugom zajedničkom karakteristikom svih psihoterapijskih tretmana. Kao što su se drevne isceliteljske procedure sprovodile u svetilištima ili šamanskim kolibama i zbog svog ambijenta odisale atmosferom mistične i sakralne moći izlečenja, tako se savremene psihoterapijske procedure sprovode u bolnicama, klinikama ili kabinetima psihoterapeuta. Ovaj seting takođe odiše atmosferom mistične naučne moći koja skromno obaveštenom korisniku ostavlja utisak gotovo identičan drevnom svetilištu (Frank & Frank, 1991), jer on u njemu nepoznate naučne principe prosto veruje jer mu nedostaje kapaciteta i obaveštenosti da bi ih razumeo (Dawkins, 1997). Frank navodi da specifični terapijski seting ima najmanje dve funkcije kojima doprinosi efikasnosti tretmana. Pre svega, on naglašava terapeutov profesionalni prestiž i ekskluzivnost njegove uloge, čime povećava klijentova očekivanja efikasne pomoći, promovišući terapeutovu ulogu iscelitelja (Anderson, Lunnen, & Ogles, 2010; Frank & Frank, 1991). Druga funkcija setinga je u tome što obezbeđuje atmosferu bezbednosti, poverenja i diskrecije. Klijent u bezbednom setingu ima priliku da ispoljava emocionalna stanja, stavove i ponašanja koja van njega ne ispoljava na takav način ili uopšte, verovatno zbog stida ili straha od socijalnih konsekvenci, te straha od potencijalnog gubitka kontrole (Frank, 1961; Frank & Frank, 1991).

Terapijski racional, konceptualna šema ili mit kojim se klijentu obezbeđuje prihvatljivo objašnjenje njegovog stanja i upućuje ga na ritual ili proceduru kojom se simptomi mogu razrešiti, treća je zajednička karakteristika svih psihoterapijskih tretmana. Frank terapijske racionalne izjednačava sa mitom iz dva razloga. Prvo, racionalni su teorijski koncepti koji na kreativan način objašnjavaju važne pojave u klijentovom iskustvu. Sve terapijske škole sadrže čitave asortimane ovih objašnjenja koja se u značajnoj meri međusobno razlikuju, a često su i suprotstavljena. Drugi razlog Frank nalazi u nemogućnosti njihove empirijske provere (Frank & Frank, 1991), što će kasnije biti glavni osnov teorijskih kritika naučnosti psihoterapije (Grünbaum, 1986; Kuhn, 1970; Lakatos, 1970;

Poper, 1973; Szasz, 1978). Nezavisno od ovih razloga, Frank smatra da je uverenost u kredibilitet tretmanskog racionala i njegovo prihvatanje ključno za klijentovo učešće u tretmanu koji vodi konstruktivnom ishodu jer je tretmanski racional osnovno sredstvo putem kojeg terapeut vrši manipulaciju klijentovih očekivanja poboljšanja (Frank & Frank, 1991). Da različiti tretmani variraju u proceni kredibiliteta njihovih racionala od strane klijenata demonstrirano je odavno (Borkovec & Nau, 1972; Lent, 1983). Na primer, Kazdin i Krouse (1983) demonstriraju da sadržaj tretmanskog racionala i terminologija kojom se on predstavlja klijentu mogu značajno uticati na očekivanje ishoda tretmana. Postoje sporadični nalazi koji sugerišu da konačni uspeh psihoterapijskog tretmana upravo i potiče iz činjenice da je terapeut pomogao klijentu da razume i osmisli problem na način drugačiji od dotadašnjeg, te da usvoji nove načine kako da se nosi sa problemom (Arnkoff, Glass, Shea, McKain, & Sydnor-Greenberg, 1987). Horvathova analogna studija pokazala je da količina informacija prezentovana u terapijskom racionalu značajno utiče na porast očekivanja ishoda tretmana (Horvath, 1990). Takođe, klijenti koji ne poveruju u terapijski racional imaju su veću šansu da odustanu od tretmana pre njegovog završetka (Davis & Addis, 2002; Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Shindler, 2010). Ahmed i Westra (2009) takođe nalaze da terapeutova sposobnost da obezbedi snažan tretmanski racional na početku kognitivno-bihejvioralnog tretmana socijalne anksioznosti ima snažan pozitivan uticaj na klijentova očekivanja ishoda tretmana i stepen uključenosti u tretman. Ideje o važnosti terapijskog racionala mogu se čak čuti i od glavnih kritičara Frankovog modela, odnosno zagovornika empirijski podržanih tretmana. Chamblessova i saradnici sugerišu da kognitivno-bihejvioralni terapeuti treba da rade na povišenju klijenatovog očekivanja profita od učešća u tretmanu tako što će posvetiti dovoljno vremena predstavljanju terapijskog racionala i podizanju kredibiliteta tretmana pre početka protokolima definisanog programa promene ponašanja (Chambless, Tran, & Glass, 1997). S druge strane, na pitanja od čega zavisi u kojoj će meri klijent usvojiti terapijski racional prve odgovore je ponudila zanimljiva i pionirska studija Rokkea i saradnika u kojoj pored kredibilitet tretmanskih racionala devet konkurentnih pristupa za tretman depresivnog stanja. Iako je sprovedena na nekliničkom uzorku studenata, ova studija sugeriše postojanje značajnih varijacija u tretmanskim kredibilitetima ovih pristupa, te da se one u značajnoj meri mogu objasniti varijacijama u varijablama ličnosti i demografskim varijablama učesnika (Rokke, Carter, Rehm, & Voltum, 1990). Na potrebu da imamo precizniji uvid u pitanje šta i u kojoj meri determiniše klijentova manje ili više realistična očekivanja vezana za sadržaj i ishod tretmana među prvima ukazuje Strupp (1978) koji ističe da klijentova nerealistična očekivanja nisu samo posledica klijentove neobaveštenosti, već mogu biti i deo njegove interpersonalne dinamike. S tim u vezi on snažno preporučuje da bi jedan od osnovnih terapeutovih zadataka trebalo biti istraživanje klijentovih očekivanja kako ishoda tretmana tako i generalne klijentove sklonosti da formira nerealistična očekivanja u vezi sa budućim događajima (Strupp, 1978). Na primer, utvrđeno je da stepen kompatibilnosti klijentovih atribucija uzroka problema sa terapijskim racionalom značajno pozitivno predviđa zadovoljstvo tretmanom, pozitivan ishod tretmana kao i to da klijent opaža terapeuta kao osobu do kredibiliteta (Hayes & Wall, 1998; Tracey, 1988; Worthington & Atkinson, 1996). Na ovom

tragu, Mooney i saradnici sumiraju nalaze nekolicine studija na uzorcima psihoterapijskih klijenata, te zaključuju da brojne demografske karakteristike, te varijable ličnosti i aktuelnog stanja klijenta značajno predviđaju različit nivo procene kredibiliteta tretmanskog racionala koji je sam po sebi značajan prediktor ishoda tretmana (Mooney, Gibbons, Gallop, Mack, & Crits-Christoph, 2014). Ove studije pružaju empirijsku potvrdu originalnoj Frankovoj pretpostavci da terapijski racionalni stepen svoje prihvatljivosti duguju klijentovim karakteristikama i shvatanju svakodnevice, što je u ogromnoj meri definisano kulturnim miljeom iz kog potiče (Frank & Frank, 1991).

Poslednja zajednička karakteristika svih psihoterapijskih tretmana po Franku je u tome što oni u skladu sa sopstvenim terapijskim racionalom *nude ritual ili proceduru koji zahteva aktivno učešće klijenta i terapeuta*, pri čemu obojica dele uverenost da je to put ka poboljšanju klijentovog stanja. Konačno, svaki terapijski pravac u skladu sa sopstvenim teorijskim postavkama raspolaže asortimanom terapijskih rituala, odnosno tehnika koje primenjuje u radu sa klijentima. Frankova je teza da je sadržaj terapijskog rituala ključan za efikasnost tretmana, ali ne zbog specifične efikasnosti konkretnog rituala koji svoje dejstvo ostvaruje putem mehanizma promene koji konkretni terapijski sistem pretpostavlja. Terapijski rituali su po njemu efikasni zbog šest specifičnih funkcija putem kojih deluju na klijentovo očekivanje promene i samu promenu ponašanja. Svaki terapijski ritual po Franku deluje putem (1) borbe protiv klijentovog doživljaja demoralizacije i jačanja terapijskog saveza, (2) podsticanja i održavanja klijentovog očekivanja pomoći, (3) pobuđivanja intenzivnog emocionalnog odgovora, (4) obezbeđivanja prilika za učenje novih obrazaca mišljenja i ponašanja, (5) podsticanja klijentove self-efikasnosti, te (6) obezbeđivanja prilike za testiranje novonaučenih obrazaca ponašanja kroz praktičnu primenu (Frank & Frank, 1991).

Frankov model, posebno specifikacija funkcija terapijskih rituala na ovaj način, pokreće dva velika pitanja. Prvo se odnosi na specifičnu efikasnost psihoterapijskih tehnika, a drugo na psihološke modele promene ponašanja.

1.2.3. Model opštih faktora promene i istraživanja efikasnosti psihoterapijskih tretmana

Pitanje efikasnosti psihoterapijskih tretmana obuhvata dva velika toka istraživačkih napora u psihologiji. Prvi od njih bavi se pitanjem apsolutne, donosno generalne efikasnosti psihoterapije - da li su psihoterapijski tretmani efikasni u poređenju sa izostankom tretmana i spontanom oporavkom. Drugi istraživački tok obuhvata višedecenijske pokušaje da se odgovori na pitanje relativne, odnosno specifične efikasnosti pojedinih tretmana - da li je neki konkretni tretman efikasniji u poređenju sa drugim tretmanom ili kontrolnim istraživačkim uslovom organizovanim u formi placebo grupe. Iako Wampold diskusiju o opštim i specifičnim faktorima promene smešta u kontekst nastanka kontekstualnih modela koji su potakli zagovornike pojedinačnih terapijskih škola da dokažu superiornost sopstvenih metoda (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015), ova delineacija je istaknuta daleko ranije. U svom *Rečniku filozofije i psihologije* iz 1902 godine, Baldwin definiše psihoterapiju kao "*... tretman bolesti pretežno ili u potpunosti putem direktnog i indirektnog*

oslanjanja na uticaj mentalnog stanja na telesno." (Baldwin, 1902, str. 394). On smatra da valja razlikovati generalni psihoterapijski efekat koji podrazumeva "...bilo kakvu formu uticaja koji utiče na uspeh medicinskog tretmana poput indukovanja pacijentovog poverenja u lekara... [i] ...smirivanje pacijenta simpatijom i ohrabrenjem", od specijalnog psihoterapijskog efekta koji podrazumeva "...delovanje na imaginaciju, impresivan efekat mističnog procesa ili elaborirane procedure ... koje u maniru prigodnom svakoj individui deluje na stav o nadanju i uverenosti u poboljšanje, što neporecivo doprinosi konvalescentnom tonu nervnog sistema" (Baldwin, 1902, str. 395). S obzirom da, u doba kada psihoterapija kao naučna i humanistička disciplina praktično ne postoji, gotovo u potpunosti opisuje distinkciju generalno - specifično koju daleko kasnije nude teoretičari opštih faktora (npr. Kirsch, 1990), mišljenja smo da ovaj vizionarski i, uz retke izuzetke (npr. Jackson, 1999), zaboravljeni teoretičar prvi aktualizuje ovu temu.

Po mišljenju brojnih autora (npr. Wampold, 2010), ozbiljniji istraživački naponi u psihoterapiji pokrenuti su čuvenim Eysenckovim napadom na psihoterapiju, odnosno publikovanjem preglednog nalaza koji upućuje na to da psihoterapija generalno ne samo da nije efikasna već da su šanse za oporavak klijenata veće ukoliko se ne uključuju u psihoterapijske tretmane već čekaju spontanu remisiju (Eysenck, 1952). Reagujući na ove tvrdnje, u odbranu psihoterapije staju zagovornici njene efikasnosti, pretežno tvrdeći da su Eysenckovi nalazi razultat pristrasnog odabira studija (Bergin, 1963; 1971; Bergin & Lambert, 1978; Luborsky, 1954; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1954). Eysenckove nalaze metaanalitičkim metodom prvi osporavaju Smithova i Glass, koji sumiraju nalaze tada 375 dostupnih studija i 833 merâ veličine efekta, te dolaze do nalaza da je prosečna veličina efekta psihoterapijskih tretmana umereno velika ($d = .68$; Smith & Glass, 1977). U proširenoj metaanalizi koja par godina kasnije obuhvata 475 studija i 1766 merâ veličine efekta, Smithova, Glass i Miller dolaze do prosečno velikog psihoterapijskog efekta ($d = .85$). Uprkos izvesnim metodološkim nedostacima koji se prevashodno svode na heterogenost uzoraka i velike varijacije u kvalitetu uključenih studija (Landman & Dawes, 1982), replikacije i proširenja ovih studija daće dosledno zadovoljavajuće rezultate (Landman & Dawes; 1982; Wampold & Imel, 2015). Od vremena prvih metaanalitičkih pregleda, broj metaanaliza koje se bave problemom apsolutne efikasnosti psihoterapije dosledno raste, što se može videti po tome da Lipsey i Wilson 1993. godine identifikuju preko 40 metaanaliza (Lipsey & Wilson, 1993), a Wampold i Imel 2015 godine čak 710 sa rasponom prosečnih veličina efekta d od .75 do .85 (Wampold & Imel, 2015).

Jednako važan zaključak koji impliciraju metaanalitičke studije je da su sve psihoterapijske škole u postizanju efekata tretmana jednako efikasne. Ova pojava, nazvana *paradoks ekvivalencije* (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986), ili *presuda ptice Dodo* kako je imenuju Luborsky i saradnici (Luborsky et al., 1975), svoje prve potvrda dobila je nalazom da "...uprkos tomova posvećenih teorijskim razlikama između različitih psihoterapijskih škola, rezultati istraživanja demonstriraju zanemarljivu razliku u efektima produkovanim različitim tipovima terapije" (Smith & Glass, 1977, str 760). Ovaj zaključak dosledno dobija svoju potvrdu kako u kasnijim opštim metaanalitičkim pregledima (Smith et al., 1980; Shapiro & Shapiro, 1982; Wampold et al., 1997; Wampold & Serlin,

2014), tako i u komparativnim istraživanjima superiornosti pojedinih psihoterapijskih pristupa u kontekstu specifičnih grupa poremećaja poput depresivnih stanja (Barth et al., 2013; Braun, Gregor, & Tran, 2013; Eklin, 1994), posttraumatskog stresnog poremećaja (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Bisson et al., 2007; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010), anksioznog spektra poremećaja (Baardseth et al., 2013; Bandelow et al., 2015; Hunot, Churchill, Silva de Lima, & Teixeira, 2007; Ougrin, 2011), te zloupotreba supstanci (Imel, Wampold, Miller, & Fleming, 2008; Project MATCH Research Group, 1997).

Kritike metaanalitičkog pristupa i interpretacijâ navedenih nalaza u najvećoj meri dolaze iz grupe istraživača okupljenih u pokretu empirijski podržanih tretmana. Ova grupa istraživača okupljena je na inicijativu Američke psihološke asocijacije sa zadacima da se psihoterapija i klinička psihologija promovišu kao naučne profesije utemeljene u empirijski proverenim podacima, te da se standardizuju tretmani, edukacija i evaluacija u cilju obezbeđivanja standarda kvaliteta psihoterapijskog tretmana (Task force, 1995; Chambles et al., 1996). U njihovim naporima da identifikuju efikasne psihoterapijske intervencije i ključne komponente njihove efikasnosti, te da formiraju liste efikasnih terapijskih strategija u odnosu na specifične probleme ili poremećaje sa ciljem da se poboljša edukacija i standardizuje psihoterapijska praksa, istraživači ove struje postavljaju metodološke zahteve za empirijsku validaciju tretmana. Oni se sastoje u organizovanju najmanje dva eksperimentalna istraživanja u kojima evaluirani tretman dokazuje svoju statistički značajnu superiornost nad listom čekanja, placebo pilulom, psihološkim placebo tretmanom ili drugim tretmanom, ili pak demonstrira barem jednaku veličinu efekta sa ranije empirijski validiranim tretmanima (Chambles et al., 1996; 1998). Osnovna premisa ovih istraživača je da ishod tretmana uzrokovan delovanjem specifične teorijski utemeljene tehnike koja kod klijenta aktivira teorijski pretpostavljeni mehanizam promene. Drugim rečima, one terapijske komponente koje su sadržinski specifične za teorijski utemeljen tretman vode ishodu koji konkretni tretman razlikuje od drugog tretmana ili spontanog protoka vremena, odnosno odlučujući faktori efikasnosti nekog tretmana su po ovim teoretičarima upravo oni elementi specifični za određeni tretman (Baker, McFall, & Shoham, 2008; Barlow, 2004; 2010; Chambles et al., 1996; 1998; Chambless & Hollon, 1998; Herbert & Gaudiano, 2008; McHugh & Barlow, 2010; 2012). Zanimljivo, ova grupa istraživača se ne bavi pitanjima apsolutne efiksnosti psihoterapije, sledeći stav da se ovim pitanjem nije ni potrebno baviti ukoliko pojedini tretmani bivaju uspešni u empirijskoj demonstraciji njihove relativne efikasnosti (Chambles et al., 1996). U pokušajima da odbrane sopstvenu poziciju, ovi teoretičari paradoks ekvivalencije smatraju iluzijom i artefaktom iz nekoliko razloga. Na primer, Howard i saradnici smatraju da je nepostojanje relativne efikasnosti dokazivano u metaanalitičkim studijama posledica toga što su uključivale brojne studije problematične interne i eksterne validnosti (Howard, Krause, Saunders, & Kopta, 1997; Stiles et al., 1986), dok Follette i Houts krive nedovoljno precizan dijagnostički sistem koji u pojedine kategorije uključuje ispitanike veoma heterogenih karakteristika te je ekvivalentan rezultat posledica uprosečavanja varilabilnih efekata (Crits-Cristoph, 1997; Follette & Houts, 1996). Najveći korpus kritika odražava stav da je paradoks ekvivalencije nemoguć jer

postoji enorman broj studija koje su dokazale superiornost pojedinih tretmana nad drugima (Baker & McFall, 2014; Chambles & Hollon, 1996; Crits-Christoph, 1997; Crits-Christoph, Chambless, & Markell, 2014), te da je model opštih faktora pristup koji umesto da se bavi produkovanjem sopstvenih nalaza, svoju sumnjivu naučnu reputaciju temelji na kompromitovanju i reinertaciji tuđih (Baker & McFall, 2014; Asnaani & Foa, 2014) i još dodatno implicira da nije važno koje će se terapijske procedure primenjivati i to nezavisno od kliničkih karakteristika klijenata (Barlow, 2010). Ovakve zaključke zagovornici modela opštih faktora smatraju karikaturnom simplifikacijom (Wampold & Imel, 2015). I sam Frank navodi da je jedna od najčešćih pogrešnih interpretacija njegovog modela zaključak da nije važno šta terapeut radi u psihoterapijskom procesu jer je svaki od njih jednako efikasan. Upravo suprotno, on tvrdi da je sadržaj terapijskog rituala od presudne važnosti jer što je veća spektakularnost rituala, odnosno utisak koji ritual ostavlja na klijenta, to će promena kod klijenta biti intenzivnija. Takođe, uverenost terapeuta da može da pomogne klijentu određenim ritualom je od jednake važnosti, jer ukoliko u njegovu efikasnost ne veruje, terapeut će svojim verbalnim i neverbalnim porukama kompromitovati efikasnost rituala (Frank & Frank, 1991). Sledstveno, teoretičari kontekstualnih modela svakako ne negiraju da empirijski podržani tretmani ostvaruju svoje efekte, te da za specifičan tip problema postoje tretmani koji su efikasniji u odnosu na druge (Beutler & Harwood, 2000; Kirsch, 1990; Laska & Wampold, 2014; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015). Ali, razliku u njihovoj efikasnosti po njima treba pretežno tražiti u tome što pojedine tretmanske procedure određenom tipu klijenata više bude očekivanja da će napredovati u odnosu na neke druge tretmane, a ne u teorijski pretpostavljenom mehanizmu delovanja (Kirsch, 1990, Frank & Frank, 1991). Zanimljivo, gotovo identično objašnjenje nudi Lévi-Strauss, prepričavajući biografiju Quesalida, šamana u plemenu severnoameričkih Indijanaca, čija se isceliteljska veština sastojala u isisavanju bolesti iz tela obolelog i ispljuvavanju vunenog crva natopljenog sopstvenom krvlju kojeg je krio u ustima tokom rituala izlečenja. Obzirom na visoku efikasnost njegove metode, bio je izazvan od strane šamana susednog plemena, čiji se ritual sastojao o ispljuvavanju čiste pljuvačke umesto krvave tkanine, da uporede efikasnost rituala u šamanskom duelu. Quesalid je naravno bio efikasniji i pobedio u duelu, budući da je njegov ritual bio uverljiviji (Lévi-Strauss, 1989). Sledeći glavni razlog za pojavljivanje sporadičnih nalaza o postojanju razlika u relativnoj efikasnosti tretmana po teoretičarima kontekstualnih modela jeste upravo ponašanje terapeuta. Većina ovakvih nalaza koji ističu superiornost jednog tretmana nad drugim produkovana je u okvirima eksperimentalnog dizajna gde eksperimentalna grupa dobija tretman od terapeuta koji je uveren u efikasnost tretmana koji sprovodi i manifestuje značajna očekivanja da će tretman biti efikasan, dok kontrolna grupa dobija nekakvu formu placebo tretmana od strane istih tih terapeuta koji u ovom kontrolnom uslovu ta očekivanja ne manifestuju i samim tim ne aktiviraju opšte faktore promene, a razliku u veličini efekta na ishodnim varijablama neopravdano pripisuju tretmanu (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015). S druge strane, kao što Torrey (1986) navodi da možda najbolja empirijska potvrda apsolutne efikasnosti psihoterapije leži u činjenici da su uprkos istraživačkim nesuglasicama terapijske čekaonice diljem sveta i dalje pune, možda bi uz bavljenje važnošću primene specifičnih tehnika u

tretmanu usputno valjalo obratiti pažnju na i nalaze o utiscima klijenata. Naime, u retrospektivnom istraživanju sa idejom analize sadržaja očekivanja klijenata, Tinsley, Bowman i Barich (1993) intervjuišu psihološke savetnike u vezi sa očekivanjima klijenata od tretmana i izveštavaju da se kod većine klijenata mogu zapaziti naivna i magijska shvatanja procesa psihološkog savetovanja. Istražujući šta klijenti retrospektivno smatraju korisnim Levitt, Butler i Hills (2006) nalaze da klijenti ne samo da ne ističu važnost specifičnih terapijskih intervencija, nego ih se i ne sećaju. U analizi sadržaja intervjuja sa svojim starim klijentima Talmon (1990) nalazi da se klijenti sećaju sistema pretpostavki o sopstvenom problemu za koje autor studije precizno zna da ih nije sugerisao, a da su se upravo ti sistemi ispostavili kao blagotvorna posledica klijentovog selektivnog i kreativnog razumevanja terapijskih intervencija. Sposobnost klijenata da od njima nejasnih terapijskih intervencija strukturiraju sistem pretpostavki i uverenja koji doprinose uspešnosti tretmana poznata je još od Garfinkelove, po sadašnjim merilima svakako etički problematične studije. U njoj su učesnici terapeuta postavljali pitanja u vezi sa svojim problemom, dok je terapeut na njih odgovarao isključivo sa da ili ne, i to potpuno nasumično. Garfinkel nalazi da su klijenti uprkos ovakvim uslovima uspevali da koherentno redefinišu svoj problem i profitiraju čak i od ovakve forme tretmana (Garfinkel, 1967). Bohart i Tallman sumiraju nalaze desetak kvalitativnih studija retrospektivnih procena klijenata o tome šta im je najviše koristilo u terapiji i navode da većina klijenata ističe doživljaj da ih neko razume, prihvata i čuje, doživljaj da imaju prostora i prilike za bavljenje svojim osećanjima, mislima, ponašanjem i iskustvima, te savete terapeuta i podršku u kriznim situacijama i u testiranju novih obrazaca ponašanja. S druge strane većina klijenata tokom prisećanja uopšte ne spominje specifične terapijske intervencije (Bohart i Tallman, 2010).

Velika višedecenijska debata oko aktivnih komponenti psihoterapije ili rat psihoterapijskih kultura, kako ovu pojavu imenuju Norcross i Lambert, značajno je obeležila prethodne tri decenije istraživanja u psihoterapiji (Norcross & Lambert, 2011). Možemo videti da nesuglasice i neretko oštri sukobi u prepisci ni do današnjih dana ne jenjavaju i ponekad liče na "*...međusobnu antipatiju i razmenu dečijih uvreda između zastupnika suprotstavljenih orijentacija.*" (Norcross & Newman, 1992, str. 3). Da je integracija ovih perspektiva koju predlažu Laska, Gurman i Wampold (2014) stvar daleke budućnosti, sugeriše čitav četvrti broj 51. volumena časopisa *Psihoterapija* koji je uprkos pozivu na integraciju nastavio rat. Uprkos i dalje postojećim nesuglasicama, Laska i Wampold sumiraju da je osnov kontekstualnim modela, odnosno Frankov model i njegov kasniji razvoj, uspeo da izdrži stroge empirijske izazove i predstavlja "*...koherentno naučno objašnjenje kako se ljudi u psihoterapiji menjaju... i opisuje specifične faktore koje rađaju zaključke šta [u istraživanjima psihoterapijskog procesa] pod različitim okolnostima treba posmatrati.*" (Laska & Wampold, 2014, str. 519).

1.2.4. Model opštih faktora i psihološki modeli promene ponašanja

Iako se u Frankovom modelu to originalno ne tvrdi, možemo primetiti da se šest univerzalnih funkcija terapijskih rituala grupišu u dve grupe.

Prva od njih obuhvata kognitivne fenomene poput klijentove procene uloge terapeuta, opažanja terapijskog setinga, manje ili više kritičkog odnosa prema terapijskom racionalu i procene potencijala terapijskog rituala da dovede do promene. Jednako, ona obuhvata i emocionalne fenomene poput klijentovog osećanja pripadnosti i razumevanja u terapijskom odnosu, te dopuštanja manje ili više intenzivne emocionalne reakcije u ritualu. Iz potpuno drugačije teorijske perspektive, sličan zaključak ističu Devilly i Borkovec (2000) sugerišući da u početku tretmana i pre njega ono šta klijent misli da će se dogoditi obuhvata *kredibilitet* tretmana, odnosno prevashodno kognitivne procese poput logičkog rezonovanja, dok *očekivanja* od tretmana u istoj fazi obuhvataju ono šta klijent oseća da će se dogoditi (Devilley & Borkovec, 2000). Druga grupa Frankovih funkcija terapijskog rituala odnosi se na pretežno bihevioralne procese putem kojih klijent uči i testira alternativne obrasce ponašanja, te utvrđuje doživljaj sopstvene efikasnosti u nošenju sa problemom zbog kog je na tretmanu kao i sa problemima uopšte.

Do veoma sličnog grupisanja procesâ promene dolaze istraživači transteorijskog modela promene. Krajem prošlog veka, autori okupljeni oko Prochaska sprovode metateorijske analize tada 24 postojeća psihoterapijska sistema i identifikuju u njima preko 400 psiholoških intervencija, te nalaze da se sve ove intervencije mogu u svojoj suštini svesti na 12 bazičnih procesa promene, od kojih 10 dobija empirijsku potvrdu (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Oni dalje nalaze empirijsku potvrdu pretpostavci da je promena ponašanja kontinuirani proces koji se sastoji od pet sukcesivnih stadijumima, kvalitativno različitih u zavisnosti od kvaliteta klijentove spremnosti na promenu, te da je za svaki od stadijuma promene karakteristična aktivacija njima kompatibilnih procesa promene. Iako su po nalazima autorâ procesi promene nezavisni konstrukti koje osobe sukcesivno ili istovremeno koriste na putu ka promeni, faktorske analize pokazale su da se procesi grupišu oko dva faktora drugog reda, koje autori imenuju iskustvenim i bihevioralnim procesima. U *iskustvene* procese spadaju povećanje svesnosti, dramatično olakšanje, promena samovrednovanja, promena vrednovanja okoline i socijalno oslobađanje. U *bihevioralne* spadaju kontrola stimulusa, kontrauslovljavanje, upravljanje potkrepljenjem, samooslobađanje i pomažuće relacije. Ovi autori nalaze da se u početku i ranim fazama psihoterapijskog tretmana klijenti više oslanjaju na iskustvene procese, a kako tretman odmiče i klijent napreduje na putu ka promeni, primat preuzimaju bihevioralni procesi (Patten, Vollman, & Thurston, 2000; Prochaska et al., 1992; 1994; Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & Norcross, 2014; Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998). Jedna od osnovnih konceptualnih kritika transteorijskog modela se sastoji upravo u sugestiji da se na osnovu aktivacije specifičnih procesa promene u određenim fazama tretmana može zaključiti kako se kontinuum promene može svesti na dva stadijuma - stadijum kontemplacije i stadijum akcije (Kraft, Sutton, & Reynolds, 1999). Do veoma sličnog zaključka dolazi i Gavrilov-Jerković, koja

grupiše procese promene Prochaske i saradnika u pasivno-emosivno-kontemplativne i aktivno-reorganizirajuće, te nalazi da se korisnici psihijatrijskog tretmana na prvu grupu više oslanjaju u ranim fazama tretmana, dok u kasnijim fazama druga grupa preuzima primat (Gavrilov-Jerković, 2003). Iako to autori transteorijskog modela relativno retko ističu, konceptualne sličnosti sa Frankovim modelom su očigledne (McMinn & Campbell, 2007; Reisner, 2005; Sparks, Duncan, & Miller, 2008), posebno imajući na umu prethodno grupisanje funkcija terapijskog rituala.

Procesni pristup zdravoj akciji Schwarzera i saradnika poznatiji kao HAPA (Health Action Process Approach; Schwarzer, 1992; 1999; 2008; Schwarzer et al., 2003) drugi je model čiji se konceptualni koreni takođe mogu naći u Frankovim idejama. Ovaj model podrazumeva da se proces promene sastoji iz dve velike faze. Prva od njih je *faza motivacije* u kojoj se akcenat stavlja prevashodno na kognitivnim fenomenima poput procene rizika koji nosi upuštanje u promenu ponašanja nasuprot rizika koji nosi ostanak pri starim obrascima ponašanja, bavljenje očekivanjem ishoda promene ponašanja, te procenom sopstvene efikasnosti sprovođenju promene koja predstoji. Self-efikasnost je po Schwarzeru najuticajniiji motivacioni faktor i prediktor bihevioralne promene, jer osoba koja ne veruje u sopstvenu sposobnost da inicira i sprovede promenu te održi njene efekte, neće se u nju ni upuštati. Motivaciona faza se po ovom modelu završava formiranjem specifičnog cilja promene, odnosno *bihevioralne namere*, koja predstavlja uvod u drugu fazu procesa promene - *fazu volje*. Dok je cilj prethodne faze da osoba spozna različite aspekte disfunkcionalnosti određenog ponašanja i donese odluku, odnosno formira bihevioralnu nameru da počne sa konkretnom promenom ponašanja, cilj faze volje je da tu svoju odluku operacionalno razloži u niz konkretnih aktivnosti čijim bi se sprovođenjem promena realizovala. Ova faza se po Schwarzeru sastoji od planiranja konkretnih koraka akcije, njihovom realizovanju, te opažanju konkretnih konsekvenci ponašanja koje putem utvrđivanja klijentove self-efikasnosti doprinose trajnosti sprovedene promene (Schwarzer, 1992; 1999; 2008). Iako u nama dostupnoj literaturi nismo pronašli da u bilo kom od izvora autori HAPA modela ističu konceptualne sličnosti sa Frankovim idejama, ta sličnost je neupitna, posebno imajući na umu sličnost Frankovih funkcija rituala i distinkcije faza promene u HAPA modelu, kao i isticanja očekivanja ishoda promene ponašanja kao ključne determinante promene koja predstoji (Schwarzer et al., 2003).

1.2.5 Kontekstualni modeli posle Franka

Od prvih formulacijâ ideje i modelâ opštih faktora (Rosenzweig, 1936; Frank, 1961; Luborsky et al., 1975) do danas, brojni istraživači i teoretičari publikovali su svoje pokušaje da konceptualizuju benefite od psihoterapije u svetlu nezadovoljstva pojedinačnim teorijskim pristupima (Arkowitz, 1992; Goldfried, Pachankis, & Bell, 2005; Sparks et al., 2008; Wampold, 2010). U pregledu ogromnog korpusa dostupne literature, čini se da se i dalje aktuelna tema integrativnih psihoterapijskih pristupa u naučnoj produkciji do danas grupiše u četiri velika međuzavisna i relativno prepokrivajuća skupa (Norcross, 2005). Tri od njih ih je krajem prošlog veka opisao Arkowitz (1992).

Prvi skup čine autori koji se konceptualno bave kontekstualnim modelima, tragajući za različitim mogućnostima i nivoima prevashodno *teorijske integracije* (npr. Alarcón & Frank, 2011; Castonguay, 1993; Garfield, 1995; 2003; Goldfried, 1980; 2013; 2014; Parloff, 1986; Prochaska & DiClemente, 2005; Luborsky et al, 1975; 2002; Weinberger, 1995; Watchel, 1977). Drugi skup čine teoretičari *tehničkog eklekticizma* usmereni prevashodno na obezbeđivanje empirijske potvrde koje to konkretne tehnike i njihove kombinacije od celokupnog korpusa psihoterapijskih procedura u kontekstu klijentovog specifičnog problema ostvaruju najveće efekte. U ovaj skup integrativnih pristupa spadaju sistematska eklektična psihoterapija Larryja Beutlera i saradnika (Beutler & Harwood, 2000), te multimodalna terapija Arnolda Lazarusa (1981). Treći skup čine teoretičari *opštih faktora* okupljeni oko konceptualnih i istraživačkih napora da ustanove ključne mehanizme i modele promene zajedničke za sve terapijske pristupe (npr. Duncan, Miller, & Sparks, 2004; Fish, 1973; Orinsky & Howard, 1986; Wampold, 2001). Četvrti skup autora kao dopunu Arkowitzovoj (1992) distinkciji dodaje Norcross (2005) nazvavši ga *asimilativna integracija*. Ovaj pristup okuplja one autore koji ostaju dosledni svojim inicijelnom teorijskom modelu, ali su voljni da u njega inkorporiraju odnosno asimiluju teorijske koncepte, praktične intervencije i istraživačke nalaze drugih, neretko i suprotstavljenih teorijskih škola (Messer, 1992; Norcross, 2005). Primere ovakvog integrativnog puta možemo naći urazličitim školama poput psihodinamske (Stricker & Gold, 1996), kognitivno bihevioralne (Castonguay, Newman, Borkovec, Holtforth, & Maramba, 2005) i interpersonalne (Safran & Segal, 1990).

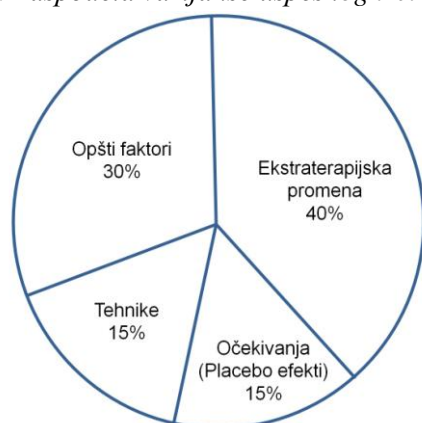
I u skupu autora okupljenih oko opštih faktora promene mogu se primetiti grupe istraživača okupljenih oko različitih i svakako među sobom zavisnih tipova doprinosa razvoju modela. Prva među njima okuplja autore koji su prvenstveno usmereni na identifikovanje i nabranjanje opštih faktora promene (npr. Castonguay, 1993; Goldfried, 1980; 2013; 2014), te autore koji ulažu istraživačke napore da prvenstveno metaanalitičkim studijama demonstriraju postojanje i delovanje opštih faktora i da na taj način potkrepe neophodnost integracije (npr. Lambert, 1992; Wampold, 2001). Paralelno sa njima, primetna je druga grupa autora koja se prevashodno bavi detekcijom kauzalnih principa promene i razvojem relativno kompleksnih univerzalnih modela promene ponašanja do koje dolazi pod uticajem psihoterapijskog tretmana (npr. Fish, 1973; Grawe, 2004; Orinsky & Howard, 1986; Orinsky, 2009; Wampold & Imel, 2015).

Goldfried na primer među prvima ističe da je na nivou terapijskih strategija svim tretmanima zajedničko obezbeđivanje prilike klijentu za doživljavanje novih i korektivnih iskustava, te dostupnost direktne povratne informacije kako od terapeuta tako i testiranjem realnosti (Goldfried, 1980), a kasnije ovu listu dopunjuje indukcijom i održavanjem klijentovih pozitivnih očekivanja i motivacije za promenu, terapijskim odnosom i povećanjem klijentove svesnosti o sopstvenom problemu, njegovim uzrocima, konsekvencama, te načinima održavanja i moguće korekcije (Goldfried, 2014). Castonguay zaključuje da postoje tri velike klase opštih faktora. Prva uključuje globalne aspekte psihoterapije poput uvida, korektivnih iskustava, mogućnosti doživljavanja i izražavanja emocija, te porast doživljaja ovladavanja sopstvenim stanjem i ponašanjem. Druga klasa se po njemu odnosi na

vantretmanske okolnosti, prvenstveno interpersonalne i socijalne faktore uključujući terapijski kontekst i terapijski odnos. Treća klasa po njemu obuhvata vantretmanske karakteristike prvenstveno vezane za klijenta poput vrednosti, očekivanja kvaliteta terapijskog procesa, tretmanskog ishoda ili stepena uključenosti klijenta u proces tretmana (Castonguay, 1993). Sa idejom da daju sistematski pregled dotadašnjih izvora koji se bave pretežno teorijskim specifikacijama opštih faktora, Grencavage i Norcross nalaze ukupno 50 izvora sa 89 različitih faktora koje pojedini autori predlažu za opšte i zajedničke svim terapijskim pristupima. Ove faktore Grencavage i Norcross grupišu u pet velikih nadređenih kategorija. Prvu nazivaju *karakteristike klijenta*. Ona obuhvata pozitivna očekivanja koja su i najfrekventnije istican opšti faktor, veru ili nadu, stepen uznemirenosti, sklonost ka aktivnom traženju pomoći. Druga kategorija nazvana *kvaliteti terapeuta* obuhvata varijable ličnosti terapeuta, terapeutovo podstrekivanje nade i očekivanje pozitivnog ishoda tretmana, terapeutovu toplinu, empatiju, razumevanju i prihvatanje. Autori nalaze da je 41% od svih predloženih opštih faktora moguće grupisati u treću kategoriju nazvanu *procesu promene*. Ova kategorija je i najheterogenija, a najfrekventnije spominjani opšti faktori su prilika za katarzu odnosno emocionalnu ventilaciju, učenje i praktikovanje novih obrazaca ponašanja, obezbeđivanje terapijskog racionala, podsticanje uvida odnosno povećanje klijentove svesnosti o problemu, te emocionalno i interpersonalno učenje. *Tretmanska struktura* je sledeća kategorija koja obuhvata upotrebu terapijskih rituala, eksploraciju emocionalnih sadržaja, pridržavanje teoriji, lekoviti seting, dok je poslednja *terapijski odnos*. Ona obuhvata razvijanje terapijskog odnosa kao najfrekventnije pominjani od svih predloženih opštih faktora, te uključenost u emocionalne procese klijenta i transfer (Grencavage & Norcross, 1990). Lambert (1992) međutim predlaže formiranje tri kategorije sa idejom da ih osim jednostavne klasifikacije stavi u razvojnu perspektivu. Prvu kategoriju Lambert naziva *faktorima podrške* koji po njemu obuhvataju faktore terapeuta poput ekspertize, topline, empatije, prihvatanja, autentičnosti, faktore pozitivnog odnosa poput poverenja, aktivnog učešća klijenta i terapeuta, radnog saveza, te faktore klijenta poput katarze, identifikacije sa terapeutom, slabljenje tenzije, smanjenje izolacije. *Faktori učenja* po njemu obuhvataju savet, doživljavanje afektivno šaržiranih stanja, asimilaciju problematičnih iskustava, promenu očekivanja lične efikasnosti, učenje novih kognitivnih sadržaja, korektivna emocionalna iskustva, fidbek, uvid i terapijski racional, dok *faktori akcije* obuhvataju bihejvioralnu regulaciju, podstrekivanje suočavanja sa neprijatnim emocionalnim stanjima, preuzimanja rizika i napora ka ovladavanju sopstvenim stanjem i iskustvima, modelovanje ponašanja, te vežbe testiranja realnosti. Razvojnou perspektivom autor smatra svoju pretpostavku da će promene u faktorima podrške prethoditi promeni u uverenjima i stavovima, nakon koje će uslediti potencijalna klijentova bihejvioralna aktivacija. Pored ovakve specifikacije opštih faktora, u istom radu Lambert sumira pregled velikog broja dotadašnjih studija evaluacije psihoterapijskog tretmana i daje nalaz koji će imati veliki odjek u budućim teorijskim pregledima i istraživanjima. Naime, autor dolazi do revolucionarnog zaključka da se, nezavisno od tipa tretmana koji se sprovodi, varijansa njegove uspešnosti raspodeljuje tako da se 40% može pripisati vanterapijskim faktorima, 30% opštim faktorima, 15 % očekivanjima klijenta, te tek 15% primeni specifičnih terapijskih tehnika

karakterističnih za teorijsku orijentaciju terapeuta (Slika 1.1). Zanimljivo, dvadeset godina posle ove publikacije Cuijpers i saradnici u metaanalitičkom pregledu studija evaluacije specifičnih tretmana depresije koje su u funkciji kontrolne grupe imale nedirektivan suportativni tretman, na ukupnom uzorku od preko 2500 depresivnih klijenata dobijaju gotovo identičnu raspodelu varijanse uspešnog tretmana (Cuijpers et al., 2012).

Slika 1.1. Raspodela varijanse uspešnog tretmana, (Lambert, 1992, str. 97)



Procenat poboljšanja kod psihoterapijskih pacijenata u funkciji terapijskih faktora.

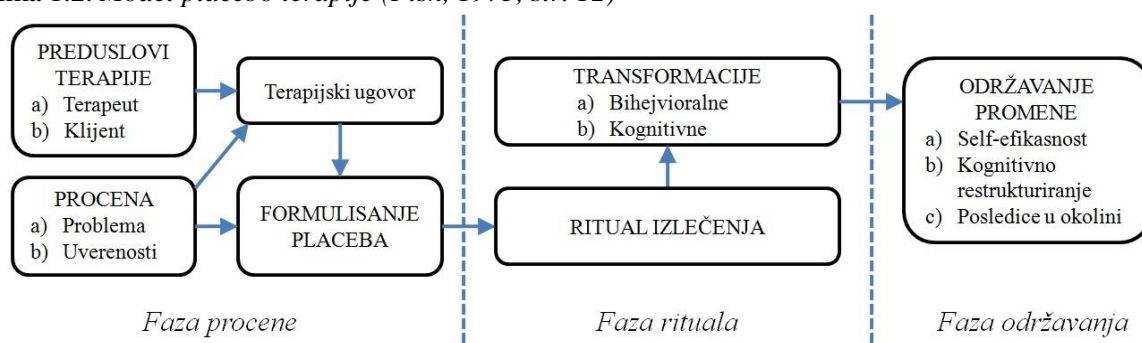
- a. Ekstraterapijska promena:** Faktori koji pripadaju klijentu (poput ego snaga i drugih homeostatskih mehanizama) i okolini (poput slučajnih događaja, socijalne podrške) koji doprinose oporavku nezavisno od učešća u terapiji
- b. Očekivanja (placebo efekti):** Onaj procenat oporavka koji je posledica klijentovog znanja da biva tretiran i različitog kredibiliteta specifičnih tretmanskih tehnika i racionala
- c. Tehnike:** Faktori karakteristični za specifične terapije (poput biofeedbacka, hipnoze ili sistematske desenzitizacije)
- d. Opšti faktori:** Obuhvataju grupu varijabli koje se mogu naći u različitim terapijama nezavisno od terapeutove teorijske orijentacije (poput empatije, topline, prihvatanja, ohrabriranja za preuzimanje rizika i td.)

Par godina pre Lambertovog nalaza (Lambert, 1992), diskutujući verovatan odnos opštih i specifičnih faktora koje on naziva bazične komponente i specifične tehnike, Torrey duhovito pravi paralelu sa pitom od konja i kanarinca koja u sebi sadrži po jedan celokupan primerak obe životinje: "...ne može se reći da kanarinac ne dodaje ništa piti... ali je za većinu konzumenata zamorno i nevažno provoditi sate u raspravi koji tip kanarinca bi bio najbolji u piti" (Torrey, 1986, str. 197). Sudeći po skorašnjim podacima (Cuijpers et al., 2012; Lambert, 2013), sastojci uspešne psihoterapije su u značajnoj meri otkriveni. Odjeci Lambertovog nalaza mogu se primetiti i u proliferaciji istraživačkih napora. Naime, nakon njega brojni autori usmerili su svoje napore na istraživanje mehanizama delovanja pojedinačnih odsečaka Lambertovog dijagrama (Hubble et al., 2010), poput tehnika (Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013; Ogles, Anderson, & Lunnen, 1999; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2002), terapijskog odnosa (Bachelor & Horvath, 1999; Norcross, 2010; Norcross & Lambert, 2011), varijabli terapeuta (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Baldwin & Imel, 2013), klijenta (Bohart, 2000; Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Greaves Wade, 2013; Clarkin & Levy, 2002; Garfield, 1994) i očekivanja (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano, & Smith, 2011; Kirsch, 1999; Wienbeger & Eig, 1999), ili pak specifičnije definisanih opštih faktora poput npr. korektivnih iskustava (Castonguay & Hill, 2012) ili važnosti povratnih informacija od klijenta (Claiborn, Goodyaer & Horner, 2002; Lambert, 2010; Lambert & Shimokawa, 2011).

Jedan od prvih teoretičara iz grupe usmerene na formulaciju univerzalnih psihoterapijskih modela je Jefferson Fish koji pod utiskom Frankovog modela publikuje svoje radikalne predloge u knjizi *Placebo terapija* (Fish, 1973). Njegova teza je da svaka psihoterapija ostvaruje svoj efekat zahvaljujući ubedljivosti terapijskog rituala koji kod klijenta stvara utisak oslobođenosti od tereta

postojećeg problema te obezbeđuje priliku za bihevioralnu aktivaciju. Onoga trenutka kada klijent krene da aktivno testira realnost novim ili pak starim ali drugačije interpretiranim ponašanjem ili, što bi Heckhausenovi rekli, pređe psihološki Rubikon (Heckhausen & Heckhausen, 2010), pozitivni efekti bihevioralne aktivacije i opažena self-efikasnost delovaće potkrepljujuće na promenu u ponašanju i doprinosiće njenom održavanju, odnosno asimilaciji novog ponašanja u trajni repertoar ponašanja. Imajući ovu pretpostavku na umu, Fish formuliše predlog nove i univerzalne placebo terapije koja sastoji iz tri faze. Prva je faza procene u kojoj terapeut veoma precizno dijagnostikuje sistem klijentovih očekivanja i procenjuje koji tip terapijskog rituala će kod klijenta najviše potaknuti očekivanja promene aktuelnog stanja i doživljaja da sopstvenom aktivnošću može uticati na njega. Nakon ove procene terapeut sklapa terapijski ugovor i formuliše placebo, odnosno objašnjava klijentu terapijski racional. Druga faza započinje primenom terapijskog rituala koji je konzistentan sa datim racionalom. Fish smatra da je u potpunosti svejedno koji će se tip rituala primeniti sve dok on kod klijenta indukuje pozitivna očekivanja promene odnosno kognitivne transformacije, te ga motiviše za promenu ponašanja koju klijent testira u realnosti. Treća, faza akcije i održavanja sastoji se od lančane reakcije klijentove bihevioralne aktivacije i opažanja pozitivnih efekata promene, što po principu pozitivnog potkrepljenja učvršćuje novonastale promene (Slika 1.2, Fish, 1973). Nastojeći da na ovaj način operacionalno definiše Frankov model i prevede ga u uputstvo za sprovođenje efikasnog terapijskog tretmana, Fish identifikuje indukciju pozitivnih očekivanja kao glavnu aktivnu komponentu njegove placebo terapije, a i svake druge terapije, što dobija izvesne empirijske potvrde u kasnijim istraživanjima (Kirsch, 1990; 1999; Southworth & Kirsch, 1988).

Slika 1.2. *Model placebo terapije (Fish, 1973, str. 12)*



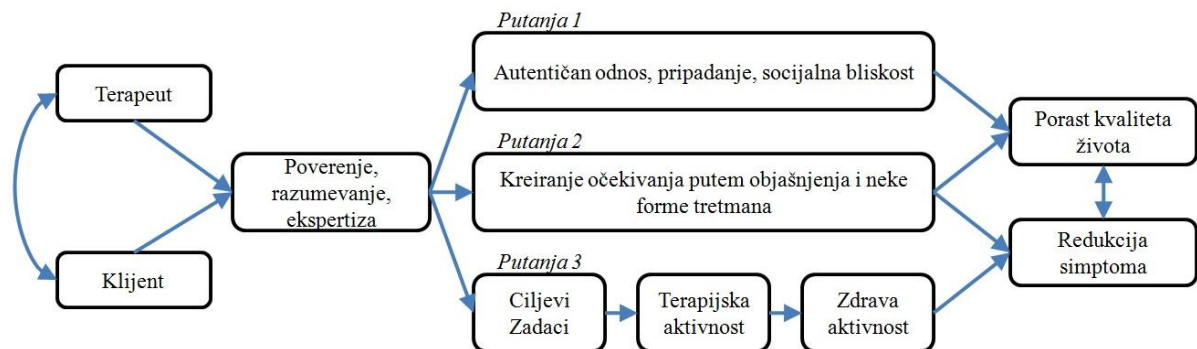
Nakon principijelne tvrdnje Struppa i Hadleyjeve da je istraživanje pojedinačnih psihoterapijskih efekata naivno ukoliko se ono izume iz konteksta sva tri aspekta njihovog tripartitnog modela mentalnog zdravlja koji podrazumeva klijenta koji traži uslugu, profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja koji daje uslugu, te vrednosni i ekonomski kontekst društva u kom se usluga realizuje (Strupp & Hadley, 1977), Orlinsky i Howard (1977) nastoje da sistematizuju brojna dotadašnja pojedinačna istraživanja relacijâ pojedinih činilaca terapijskog procesa i ishoda tretmana, te na osnovu ovih sistematizacija formulišu model generičke psihoterapije. Vremensku dimenziju ovi autori definišu slično Fishu (1973), ali daleko sistematičnije i nelinearno gledaju na povezanost

brojnih varijabli u sve tri faze tretmana koje oni imenuju kao *ulaznu fazu*, *procesnu fazu* i *izlaznu fazu*. Ulazna faza sastoji se od interakcije tri velike grupe varijabli na koje skreću pažnju Strupp i Hardleyjeva - *varijable klijenta* poput demografskih varijabli, varijabli ličnosti, razvoja i stila adaptacije na aktuelnu životnu situaciju, *varijable terapeuta* koje su veoma slične prethodnim uz dodatak varijabli profesionalnog statusa i ekspertize, te *varijable društva* poput dominantnog vrednosnog sistema, razvijenosti institucionalnih psihoterapijskih usluga, varijabli drugih osoba u intimnom i širem socijalnom miljeu klijenta i terapeuta, te aktuelni tretmanski seting. Interakcija ulaznih varijabli rezultira formiranjem neke forme terapijskog ugovora čime započinje procesna faza tretmana. U ovoj fazi tretman se odvija putem susreta uloga pacijenta i terapeuta, a kroz interakciju tri dodatne grupe varijabli. Varijable *terapijskog ugovora* podrazumevaju konsenzus klijenta i terapeuta oko tretmanskog modela, ciljeva, zadataka, formata tretmana, te terapijskog racionala. Varijable *terapijskih operacija* podrazumevaju sistem ponašanja i sprovođenja u delo delova konsenzusa iz prethodne grupe i to sve kroz varijacije *terapijskog odnosa*. Interakcija pomenutih varijabli vode nekoj formi terapijskog ishoda. Izlazna faza po ovim autorima osim samog *terapijskog ishoda* i njegovu interakciju sa drugim *varijablama klijenta* poput nove forme ponašanja, opažene self-efikasnosti i uticaja na *varijable društva* poput promene u percepciji i strukturi socijalnog miljea, te uticaja ove promene na širi društveni kontekst poput važećih uverenja, dominantnih vrednosti i institucija socijalne zaštite (Orlinsky & Howard, 1977; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Orlinsky, 2009). Gotovo konfuzionirajuću kompleksnost njihovog modela koji je moguće videti u originalnim izvorima (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994, str. 362) Orlinsky pravda kako metateorijskim karakteristikama modela, tako i njegovom nelinearnošću, odnosno međusobnom zavisnošću gotovo svih varijabli u modelu. Ideja ovih autora nije bila formiranje jednostavnog modela, već konceptualizacija univerzalnog odnosno potencijano metateorijskog i sveobuhvatnog modela koji prevazilazi ograničenja diktirana od strane pojedinačnih teorijskih pristupa, a sve na osnovu detaljnog pregleda dotadašnjih empirijskih nalaza (Orlinsky, 2009). Model generičke terapije Orlinskog i saradnika ne treba pomešati sa značenjem ovog termina koje implicira Barlow. On pak nastoji da razgraniči *psihološki tretman*, odnosno specifično definisanu proceduru sa empirijski dokazanom efikasnošću konkretnog terapijskog mehanizma zasnovanog na teorijskom objašnjenju specifične terapijske škole, od *generičke psihoterapije* pod čime podrazumeva psihološke procedure u kojima izostaje ova specifična aktivna komponenta usmerena na redukciju konkretnog psihopatološkog simptoma (Barlow, 2004). Jedan od glavnih nedostataka metateorijskog modela generičke psihoterapije, prepoznat kasnije od strane jednog od autora modela, jeste upravo što je "...formulisan nezavisno od pitanja značajnosti [klijentovih] očekivanja pozitivnog poboljšanja" (Grawe, 2004, str. 20). Iako Grawe stavlja veliki akcenat na ulogu klijentovih očekivanja u psihoterapijskom tretmanu, on se dominantno usmerava na nadogradnju modela Orlinskog i saradnika baveći se prevashodno procesnom fazom tretmana. U svojoj knjizi *Psihološka terapija* autor klijentova očekivanja smatra veoma važnim prekursorom tretmana i determinantom početne faze tretmana, ali se prevashodno usmerava na konceptualnu analizu mehanizama promene karakterističnih za procesnu fazu tretmana.

Naime, po ovom autoru mehanizam promene svake uspešne psihološke terapije sastoji se od tri ključne komponente - *redukcije inkonzistentnosti putem aktivacije resursa*, zatim *destabilizacije atraktora poremećaja putem intervencija specifičnih za problem*, te *redukcije inkonzistentnosti putem modifikacije motivacionih šema*, dok klijentova očekivanja u model eksplicitno ne inkorporira (Grawe, 2004).

Najskorija konceptualizacija kontekstualnog modela u psihoterapiji dolazi od grupe autora koja u obzir uzima pretpostavku da je blagotvorni uticaj specijalizovanih pojedinaca u specifičnom društvenom kontekstu na promenu ponašanja i poboljšanje stanje osobe u određenom stanju psihičke patnje stara koliko i samo ljudsko društvo. Po njima, savremena psihoterapija u svim njenim modalitetima jeste u stvari praksa socijalnog isceljenja, odnosno koristi prirodne ljudske potencijale za pomoć drugima u dostizanju pozitivne promene. Društvene okolnosti po njima determinišu uloge klijenta i terapeuta te promovišu određene rituale kao blagotvorne (Wampold, 2007; Wampold & Budge, 2012; Wampold & Imel, 2015). U ovom kontekstu dolazi do autentičnog susreta nadasve kompleksnih individua terapeuta i klijenta, te formiranja specifičnog terapijskog odnosa koji ostvaruje svoj uticaj na poboljšanje klijentovog stanja putem tri generalne putanje koje vidimo na slici 1.3.

Slika 1.3. *Kontekstualni model (Wampold & Imel, 2015, str. 54)*



Formiranje inicijelnog terapijskog odnosa po ovim autorima mora da rezultira klijentovim doživljajem da je terapeut ekspert koji razume klijentov problem, te da mu se može verovati (Wampold & Imel, 2015). Dosadašnji nalazi potkrepljuju pretpostavke da na formiranje ove startne osnove uspešne psihoterapije utiču kako klijentova očekivanja (Hardin, Subich, & Holvey, 1988; Schulte, 2008) tako i terapeutaova veština uspostavljanja inicijelnog radnog saveza (Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012) u prikladnom terapijskom setingu (Heppner & Claiborn, 1989). I zaista, brojne studije su demonstrirale da je najveći procenat odustanka od tretmana nakon prvog susreta, što neki autori tumače time da rani terapijski odnos iz nekog razloga nije uspostavljen (Simon & Ludman, 2010; Simon, Imel, & Steinfield, 2012). Inicijelni terapijski odnos razvija se po Wampoldu i saradnicima kroz tri paralelne, blisko povezane i međusobno zavisne putanje, pri čemu smatraju da je upravo paralelno i istovremeno delovanje sve tri neophodno za uspešan tretman. Prva od njih, *putanja autentičnog odnosa*, podrazumeva topao, prihvatajući, empatičan i autentičan odnos

prvenstveno dva ljudska bića a nakon toga dve socijalne uloge. Autori ključnim sastojkom ove putanje smatraju empatski potencijal terapeuta što potkrepljuju već pomenutim brojnim istraživačkim nalazima. Druga putanja realizacije efekata uspešnog terapijskog tretmana podrazumeva *kreiranje i promenu klijentovih očekivanja*, kako specifičnih poput očekivanja efekta konkretnog terapijskog rituala na poboljšanje stanja tako i generalnih očekivanja poput nade i optimističnog pogleda u budućnost. Autori su gotovo u potpunosti saglasni sa pomenutim Frankovim pogledom na očekivanja, a specifična očekivanja od tretmana formirana na osnovu impresije o naučnoj validnosti terapijskog rituala smatraju ključnim za efikasan tretman. Treću putanju Wampold i saradnici nazivaju putanjom *specifičnih sastojaka*. Nakon što je formiran konsenzus terapeuta i klijenta oko specifičnih ciljeva tretmana, terapeut ih operacionalizuje u seriju terapijskih zadataka koje se ostvaruju putem konkretnih aktivnosti odnosno terapijskih tehnika. Ovi terapijski rituali karakteristični i specifični za terapijske škole po Wampoldu i saradnicima ključni su za postizanje efekata tretmana. Ovaj model dakle prepoznaje vrednost primenjivanja specifičnih terapijskih tehnika fundiranih u konkretnim terapijskim modelima koje Barlow naziva psihološkim tretmanom (Barlow, 2004), ali iz potpuno drugačijih razloga od onoga koji predlažu zagovornici empirijski podržanih tretmana. Naime, teoretičari kontekstualnog modela negiraju da su specifične terapijske procedure efikasne jer u sebi sadrže ekskluzivni potencijal da potaknu konkretni i sebi jedinstveni mehanizam promene, već tvrde da se njihov efekat ostvaruje tako što upravo njihova primena aktivira opšte procese promene zajedničke za sve efikasne terapijske procedure. Što se tiče ishoda uspešnog tretmana do kojeg dovodi paralelno ostvarivanje sve tri pomenute putanje, teoretičari kontekstualnog modela pretpostavljaju da se on može očitovati kako u redukciji neprijatnog stanja, tako i u porastu kvaliteta života, što smatraju veoma blisko povezanim ali ipak odvojenim konstruktima (Wampold & Imel, 2015).

1.2.6. Epilog rasprave o efikasnosti psihoterapije?

Uprkos činjenici da nesuglasice između zagovornika empirijski podržanih tretmana i zagovornika kontekstualnih modela i dalje traju, jedan od najvidljivijih pokušaja da se premoste antagonizmi o komponentama uspešnog tretmana došao je u rezoluciji Američke psihološke asocijacije o efikasnosti psihoterapije (2013). Ova institucija prihvata Norcrossovu opštu definiciju koja postulira da je psihoterapija "*... informisana i namerna primena kliničkih metoda i interpersonalnih obrazaca izvedenih iz utvrđenih psiholoških principa, sa ciljem da pomogne ljudima u modifikaciji njihovog ponašanja, kognicija, emocija i/li ličnih karakteristika u smeru koji učesnici smatraju željenim*" (Norcross, 1990, str. 218–220, po American Psychological Association, 2013). Po njima psihoterapija podrazumeva praktikovanje raznoliko osmišljenih psiholoških tretmana sa ciljem da kod klijenta obezbede redukciju patnje i promenu ličnosti, redukuju verovatnoću ponovnog javljanja simptoma, potaknu poboljšanje kvaliteta života, promovišu adaptivno funkcionisanje u profesionalnim i privatnim relacijama, povećaju šansu za donošenje funkcionalnih životnih odluka, te

dovedu do ostalih benefita do kojih dolazi usled uključenosti klijenta u odnos sa psihologom. Njihovi zaključci mogu se sumirati u nekoliko tačaka:

1. Psihoterapija je generalno gledano efikasna u poređenju sa odsustvom psihoterapijskog tretmana.

2. Efekti psihoterapije su trajniji i isplativiji po sistem socijalne zaštite od farmakološkog tretmana, odnosno promenu uzrokovanu psihoterapijskim tretmanom moguće je primetiti i u nastavku trenda poboljšanja pacijentovog stanja nakon završetka tretmana.

3. Različite forme psihoterapije dovode do relativno identičnih ishoda.

4. Na varijacije u efikasnosti psihoterapije daleko više utiču varijacije klijentovih opštih karakteristika, te opštih karakteristika terapeuta i terapijskog setinga, nego varijacije konkretnih dijagnoza mentalnog poremećaja i specifičnih brendova psihoterapijskih tretmana.

5. Postoji medijacioni i moderacioni uticaj kontekstualnih faktora koji najčešće nisu zahvaćeni opisom pacijentove dijagnoze i terapeutove specifične teorijske orijentacije na ishod tretmana

6. Neophodno je nastaviti istraživanja sa ciljem detaljnijeg identifikovanja puteva kojim se ostvaruju pozitivni i eventualni negativni efekti psihoterapije, bez obzira da li su oni posledica upotrebe određenih tehnika, varijabli pacijenta ili terapeuta, ili pak neke njihove kombinacije, a u svrhu unapređivanja intervencija u oblasti mentalnog zdravlja (American Psychological Assotiation, 2013).

Sudeći po navedenim zaključcima, dugogodišnji napori teoretičara i istraživača da afirmišu naučnost kontekstualnih modela psihoterapije urodili su plodom.

1.3. KLIJENTOVA OČEKIVANJA KAO OPŠTI FAKTOR PROMENE

Interes za klijentova očekivanja i njihov uticaj na promenu klijentovog stanja prisutan je u korpusu interesovanja psihoterapeuta još od početaka formiranja psihoterapije kao naučne humanističke discipline. Aktualizaciju ove teme među prvima pokreće Baldwin u svom drugom tomu *Rečnika filozofije i psihologije* gde očekivanja klijenta implicitno ističe kao važnu komponentu kako generalnog tako specifičnog psihoterapijskog efekta (Baldwin, 1902). U isto vreme, u svom delu *Psihički tretman* Freud navodi da je: "... očekivanje obojeno nadom i verom delotvorna snaga na koju treba da računamo ... u svim svojim naporima usmerenim na tretman i izlečenje" (Freud, 1959, str. 289). Inspirator kontekstualnih modela Saul Rosenzweig u svom pionirskom radu o univerzalnim principima psihoterapijom motivisane promene piše: "Ako dati metod psihoterapije predstavlja samo jednu od alternativa prezentovanog problema ... on mora da poseduje tek toliko značaja da impresionira organizaciju ličnosti u nekoj značajnoj meri da bi započeo rad na rehabilitaciji" (Rosenzweig, 1936, str. 414). U svojim sledećim radovima Rosenzweig stavlja daleko eksplicitniji

naglasak na verovanje klijenta u terapeutove sposobnosti i tretman koji sprovodi (Rosenzweig, 1938; 1940). Sledeći njega, klijentova očekivanja kao snažnu determinantu ponašanja u dijadnom procesu savetovanja identifikuju kako Robinson (1950) u analizi procesa studentskog savetovanja, tako i Apfelbaum (1958) analizirajući transfer u psihodinamskom pristupu. Spekulišući o ulozi klijentovih očekivanja u psihoterapijskom procesu, Levitt predlaže praćenje tzv. diskrepance realnost-očekivanje, sugerišući da je u evaluaciji tretmana neophodno pratiti stepen saglasnosti klijentovih pretretmanskih očekivanja sa psihoterapijskim procesom (Levitt, 1966). Dakle, još od prvih ideja o opštim faktorima terapijske promene, pa i pre njih, zaključno sa savremenim nalazima i pregledima istraživanja, klijentova očekivanja su isticana kao značajan, ako ne i ključni faktor promene koju klijent ostvaruje učestvujući u psihoterapijskom procesu (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002; Constantino & DeGeorge, 2008; Constantino, DeFife & Hilsenroth, 2011; Constantino et al., 2011; Garfield, 1994; Garfield & Wolpin, 1963; Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006; Goldfried, 1980, 2013; Goldstein, 1960 a, 1960 b, 1962; Grawe, 2004; Frank, 1961; Frank & Frank, 1991; Kirsch, 1990, 2006; Maurish, 2002; Rosenzweig, 1936; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

Arnkoff i saradnice (2002) kao početak sistematskog interesovanja za relacije klijentovih očekivanja i ishoda tretmana identifikuju preglednu studiju Rosenthala i Franka (1956) u kojoj autori sumiraju nalaze istraživanja psihijatrijskih studija sa placebo grupom, spekuliraju o važnosti uloge klijentovih očekivanja u postizanju tretmanskog efekta, te navode da im nije poznato da je ovaj istraživački problem iko do tada istražio. Oni takođe ističu nužnost pravljenja razlike između motivacije za tretman i očekivanja ishoda, smatrajući da su ovi konstrukti veoma bliski, ali da je sasvim moguće da postoji klijent koji je pod visokim distresom i visoko motivisan da mu se pomogne, ali da od tretmana na koji je upućen iz nekog razloga ne očekuje da mu može pomoći (Rosenthal & Frank, 1956). Međutim, par godina pre pomenutog rada, pojavila se studija koju u svom pregledu literature Arnkoff i saradnice (2002) tek usputno pominju, donekle zanemarijući njen značaj. S obzirom da se počeci sistematskog istraživanja u psihoterapiji vezuju za Rogersa (Wampold & Imel, 2015), nije neobično što je i prvo istraživanje klijentovih očekivanja i ishoda psihoterapijskog tretmana vezano za njegovu školu. Naime, prvu studiju koja se bavila relacijom ovih konstrukata sproveo je 1954. godine Rogersov učenik Stanley Lipkin. Na uzorku od 12 veretana Drugog svetskog rata sa kojima je radio individualno nedirektivno savetovanje povodom teškoća u funkcionalnosti na akademskom i profesionalnom planu, Lipkin pre svakog od 10 susreta sprovodi Test tematske apercepcije kao meru klijentovog stanja, te polustrukturirani intervju sa fokusom na klijentovim stavovima o terapeutu, tretmanskom procesu, terapijskom odnosu i očekivanju ishoda tretmana. Pregledajući transkripte intervjuja, Lipkin klasifikuje očekivanja ishoda pre svake seanse u kategorije pozitivnih, negativnih i ambivalentnih. Stepenu klijentove promene Lipkin meri desetostepenom skalom dizajniranom za tu priliku sa rasponom od 0 - nema promene do 9 - velika promena, a skorove na njoj dobija poredeći TAT protokole pojedinačnih klijenata pre i posle, kao i između seansi, uz pomoć još dva nezavisna kliničara. Oslanjajući se na tada aktuelne statističke procedure, autor dolazi do zaključka da je prosečni koeficijent rang korelacije skora na TAT i racija pozitivnih naspram

ukupnih očekivanja ishoda tretmana .76, odnosno u kategoriji visokih (Lipkin, 1954). Uprkos brojnim metodološkim nedostacima, od kojih se najviše ističu merenje klijentovog stanja projekivnom metodom, izostavljanje samoopisnih mera zavisne varijable, moguća pristrasnost istraživača koji je istovremeno i savetnik, niska generalizabilnost nalaza s obzirom na mali uzorak muškaraca slične dobi i veteranskog iskustva, Lipkinova studija značajna je iz najmanje tri razloga. Prvo, ona klijentovo očekivanje ishoda tretmana prevodi iz zone čisto teorijskih spekulacija u polje istraživanja u psihoterapiji nalazeći prve statističke argumente za pretpostavku da su klijentova očekivanja veoma relevantan faktor u uspešnosti tretmana. Drugi je u tome što analizom sadržaja intervjua nalazi da osim pozitivnih očekivanja, klijenti mogu biti ambivalentni povodom ishoda tretmana, te čak biti uvereni da tretman neće dovesti do pozitivnog ishoda, uprkos doslednom pohađanju tretmana. Treći i za nas možda najrelevantniji razlog krije se u tome što nalazi da klijentova očekivanja ishoda tretmana nisu stabilan konstrukt te da tokom trajanja tretmana variraju.

U periodu od Lipkinove studije do kraja dvadesetog veka, Arnkoff i saradnice identifikuju 26 studija koje se bave istraživanjem klijentovih očekivanja ishoda tretmana i tetmanskog ishoda, te 39 studija koje se bave relacijama ishoda i klijentovih očekivanja njegove i terapeutove uloge u tretmanu, komentarišući da su se većina istraživanja na koje referišu sprovela do 1965 godine, te nakon 1990, a da period između karakteriše neka forma istraživačkog zatišja (Arnkoff et al., 2002). Nešto ranije, komentarišući brojnost istraživanja, Weinberger i Eig ističu da su klijentova očekivanja jedan od pet opštih faktora promene odgovornih za paradoks ekvivalencije, ali i da su među njima najmanje istraživani i najčešće ignorisani faktor, na koji ne stavlja naglasak nijedan od velikih psihoterapijskih modaliteta (Weinberger & Eig, 1999).

Novi i još uvek aktuelni talas spekulacija i istraživačkih nalaza o ulozi klijentovih očekivanja u terapijskom procesu pokrenuo je Lambert (1992) svojim čuvenim dijagramom raspodele varijanse uspešnosti psihološkog tretmana zasnovanom na pregledu literature. On navodi da se 15% varijanse pozitivnog terapijskog ishoda može pripisati isključivo placebo, koji on izjednačava sa klijentovim očekivanjima, odnosno "...onim procentom poboljšanja koji je rezultat klijentovog znanja da biva tretiran i različitog kredibiliteta specifičnih tetmanskih tehnika i racionala" (Lambert, 1992, str. 97). Interesantno, u istom dijagramu Lambert pripisuje 30% varijanse opštim faktorima promene, čime donekle implicira da klijentova očekivanja ne spadaju među opšte faktore, što nije u potpunosti dosledno kako ni ranim shvatanjima kontekstualnog modela (Barker, Funk, & Houston, 1988; Frank, 1961; Goldfried, 1980; Goldstein, 1960; Rosenzweig, 1936), tako ni savremenim shvatanjima o ulozi klijentovih očekivanja u iniciranju i ostvarivanju promene (Arnkoff et al., 2002; Constantino et al., 2011; Constantino, Boswell, Bernecker, & Castonguay, 2013; Grenavage & Norscross, 1990; Stevens, Hynan, & Allen, 2000; Weinberger & Eig, 1999). Kako možemo videti iz njegovih kasnijih radova, Lambert se priključuje shvatanju da klijentova očekivanja nisu odvojena od opštih faktora već predstavljaju jedan od važnijih među njima (Lambert, 2013b). Takođe, za razliku od većine teoretičara suprotstavljenih ideji opštih faktora promene grupisanih oko pokreta empirijski podržanih tretmana (npr. Chambles & Crits-Cristpoh, 2006), među njima ima i autora koji ne negiraju efekte

indukcije pozitivnih očekivanja, mada ih posmatraju više kao efekat primene specifičnih empirijski podržanih intervencija nego kao potencijalni mehanizam ili medijator promene (Barlow, 2004; Borkovec, 1972) i u istraživanjima ga tretiraju kao konfundirajuću varijablu koja se kontroliše organizovanjem kontrolne grupe koja prima placebo tretman (Borkovec & Nau, 1972; Holt & Heimberg, 1990).

Za razliku od istraživanja koja pripadaju prošlom veku (Arnkoff et al., 2002; Weinberger & Eig, 1999), klijentova očekivanja su u novijim istraživanjima relativno često zastupljen konstrukt. Međutim, u njima se problemu očekivanja pristupa iz veoma različitih uglova, što stvara izvesnu konceptualnu zbrku i implicira visoku kompleksnost i heterogenost fenomena. Na primer, pregledom literature može se zaključiti da su očekivanja manje ili više eksplicitno istraživana u različitim kontekstima među kojima se ističu teorije promene ponašanja (Prochaska et al., 1994; Schwarzer, 2008), preferencije tipa terapijskog tretmana (Elkin et al., 1999; Arnkoff et al., 2002) ili terapeuta (Beutler et al., 2004; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997), prihvatljivosti terapijskog racionala (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Wampold & Budge, 2012; Wampold, Imel, Bhati, & Johnson Jennings, 2006), sadržaja tretmana i njegove kulturološke adaptacije (Benish, Quintana, & Wampold, 2011; Huey, Tilley, Jones, & Smith, 2014) i konačno klijentovih individualnih razlika (Paul, 1969; Beutler & Harwood, 2000).

1.3.1. Tipovi očekivanja

Prvu sistematizaciju heterogenosti konstrukta klijentovih očekivanja ponudili su Arnkoff i saradnice, povlačeći jasnu granicu između očekivanja ishoda tretmana, koje definišu kao očekivanje da će tretman dovesti do određenog tipa ishoda, i očekivanja vezanih za uloge u terapijskom procesu koje definišu kao očekivanje konkretnih ponašajnih obrazaca klijenta i terapeuta u konkretnom terapijskom procesu (Arnkoff et al, 2002). Jednostavniju distinkciju prave Greenberg, Constantino i Bruce (2006), koji povlače razliku između klijentovih očekivanja ishoda tretmana i očekivanja vezanih za proces tretmana. Dalje razrađujući svoje ideje, Constantino i saradnici blago redefinišu prethodnu distinkciju, praveći razliku između *očekivanja ishoda tretmana* i *očekivanja vezanih za tretman*, za šta postoje i empirijske potvrde (Norberg, Wetterneck, Sass, & Kanter, 2011). Očekivanja vezana za tretman predstavljaju heterogenu grupu međuzavisnih očekivanja i obuhvataju dve podklase očekivanja. Prva su *očekivanja vezana za proces tretmana* u koje spadaju sistemi klijentovih pretpostavki kako će u smislu primene određenih terapijskih tehnika tretman izgledati, kojim će ritmom proticati i koliko će trajati, te u kakvom će se terapijskom setingu odvijati. Druga podklasa su *očekivanja vezana za uloge* i obuhvataju sisteme klijentovih pretpostavki o sopstvenom i terapeutovom ponašanju tokom tretmana odnosno učešću u njemu, kao i očekivanja vezana za kvalitet terapijskog odnosa koji će tokom tretmana formirati (Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012).

Ovi autori takođe ističu potrebu razlikovanja ove dve grupe klijentovih očekivanja od bliskih konstrukata poput percepcije kredibiliteta tretmana, motivacije za učešće u tretmanu, klijentovih

preferencija (Constantino et al., 2012), te generalnih očekivanja (Greenberg et al., 2006). Percepcija kredibiliteta tretmana kako je definiše Borkovec, predstavlja kljentov doživljaj u kojoj meri mu se tretman na kom se nalazi čini logičnim i prihvatljivim. Doživljaj kredibiliteta se formira nakon uključivanja u tretman (Deville & Borkovec, 2000), dok očekivanja od tretmana predstavljaju sistem pretretmanskih očekivanja o tome kako tretman izgleda (Constantino et al., 2011). Drugi konstrukt blisko povezan ali ipak različit od kljentovih očekivanja je motivacija za učešće u tretmanu (Miller & Rollnick, 2013) odnosno spremnost na promenu ponašanja (Prochaska et al., 1994). Kljent na primer može imati visok nivo pozitivnih očekivanja od tretmana i tretmanskih efekata, ali se iz nekih sebi karakterističnih razloga još uvek ne uključuje u tretman (Drieschner, Lammers, & van den Staak, 2004; Snyder, Michael, & Cheavens, 2009; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994), te je stoga neophodno posmatrati motivaciju za tretman kao od očekivanja konceptualno različit konstrukt (Constantino et al., 2011), posebno imajući na umu njegovu heterogenost (Drieschner et al., 2004). Treći konstrukt koji valja konceptualno odvojiti od kljentovih očekivanja su kljentove preferencije vezane za tretman koje se definišu u terminima kljentovih želja kako će terapijski susret izgledati (Swift & Callahan, 2009; Swift, Callahan, & Vollmer, 2011). Dakle, kljent može želeći da budući tretman izgleda na određen način ali da s druge strane očekuje da se njegove želje neće u velikoj meri ostvariti. Postoje studije koje ukazuju da, iako su ove dva konstrukta visoko korelirana, oni ipak predstavljaju odvojene fenomene koji svoje relacije sa ishodom tretmana ostvaruju na različite načine (Proctor & Rosen, 1981; Tracey & Dundon, 1988). Konačno, Greenberg i saradnici (2006) osvrću se na kljentova generalna očekivanja operacionalizovana kroz konstrukt self-efikasnosti koji se definiše kao kljentovo verovanje u sopstvene sposobnosti da isplanira i uspešno sprovede određeno ponašanje neophodno za islaženje na kraj sa konkretnom situacijom (Bandura, 1977b). Autori navode da je ovaj često istraživani konstrukt u psihoterapiji blizak ali ipak generalniji u odnosu na kljentova očekivanja koja predstavljaju specifičniji konstrukt vezan za konkretnu tretmansku situaciju (Greenberg et al., 2006; Maddux, Sherer, & Rodgers, 1982). Imajući na umu ovu distinkciju, možemo pretpostaviti da se ona odnosi i na konstrukt generalizovane self-efikasnosti (Schwarzer, 1992; Schwarzer & Jerusalem, 1995).

1.3.2. Očekivanja ishoda tretmana

U dostupnoj literaturi postoji relativno precizan konsenzus oko definicije kljentovih očekivanja ishoda tretmana. Većina autora saglasna je oko definicije da očekivanje ishoda tretmana obuhvata sistem kljentovih prognostičkih uverenja o posledicama učestvovanja u tretmanu (Arknoff et al., 2002; Constantino et al., 2011, Duncan, Miller, & Sparks, 2004; Greenberg et al., 2006; Illardi & Craighead, 1994; Kirsch, 1990; Wampold & Imel, 2015). Međutim, oko pitanja šta sve obuhvata ovaj konstrukt, među istraživačima ne postoji potpuna saglasnost.

Naime, još je Lipkinova analiza sadržaja intervju sa kljentima otkrila da kljentova očekivanja mogu biti pozitivna (kljent je uveren da će učešće u tretmanu rezultirati pozitivnom

promenom, očekujući da će biti zadovoljan ishodom), ambivalentna (klijent nije siguran da li će biti zadovoljan ishodom tretmana ili istovremeno očekuje i pozitivne i negativne ishode) ili negativna (klijent je uveren da tetman neće dati zadovoljavajuće efekte ili će mu čak naškoditi) (Lipkin, 1954). Jedno od potencijalnih ograničenja u dosadašnjem pristupu očekivanjima ishoda tretmana krije se u tome da se na ovaj fenomen gleda kao na kontinuum potencijalne koristi od tretmana, dok se negativna i ambivalentna očekivanja često izostavljaju iz istraživačkih nacerta (Constantino et al., 2011).

DeFife i Hilsenroth (2011) ističu da su pozitivna očekivanja ishoda tretmana jedan od tri ključna faktora koja značajno predviđaju ostanak u tretmanu i ishod tretmana. U svojoj metaanalizi, Constantino i saradnici na nivou proseka nalaze malu pozitivnu ali značajnu relaciju sa ishodom (Constantino, 2011), što je nalaz dosledan prethodnim preglednim studijama (Noble, Douglas, & Newman, 2001; Dew & Bickman, 2005), o čemu će u ovom radu biti reči nešto kasnije. U periodu nakon metaanalize Constantina i saradnika (2011) objavljeni su novi nalazi koji govore o moći očekivanja ishoda i benefita od tretmana (Newman & Fisher, 2010; Price & Anderson, 2012).

Retke studije koje su se bavile fenomenom negativnih očekivanja sugerišu njihovu povezanost sa uzdržavanjem od traženja psihološke pomoći (Snyder, Hill, & Derksen, 1972; Strohmer, Biggs, & McIntyre, 1984; Tinsley, Brown, de St. Aubin, & Lucek, 1984; Tinsley & Harris, 1976), odustankom od tretmana nakon inicijelnog susreta sa terapeutom (Heilbrun, 1970; Zemelis, 1974) i efikasnošću tretmana (Goldstein, 1962; Kraus, Fitzsimmons, & Wolf, 1969). Istraživanja koja su se bavila klijentovim ambivalentnim očekivanjima koliko je nama poznato gotovo i da ne postoje. Redak primer je Schulteova studija (2008) u kojoj autor nalazi da pozitivna i negativna očekivanja ishoda tretmana predstavljaju odvojene konstrukte. Naime, na uzorku od 499 klijenata koji pate pretežno od poremećaja anksiozno-depresivnog spektra i uključeni su u neku formu kognitivno-bihejvioralnog tretmana, autor meri oba tipa očekivanja ishoda nakon četvrte, osme i šesnaeste seanse tretmana. Prosečna korelacija pozitivnih i negativnih očekivanja ishoda u ovoj studiji je negativna i statistički značajna ali blaga (-.28). Autor takođe nalazi da u proseku klijenti generalno imaju visoka pozitivna očekivanja i niža negativna očekivanja, te da se tokom tretmana njihov odnos menja ali ne u linearnom maniru. Pozitivna očekivanja ishoda nastavljaju da rastu kako tretman odmiče, dok se negativna očekivanja smanjuju u periodu između četvrte i osme seanse. Veliki metodološki nedostatak ove studije je naravno u tome što klijentova očekivanja iz proceduralnih razloga nisu merena na početku tretmana (Schulte, 2008).

Uzimajući u obzir pitanje valence klijentovih očekivanja tretmana, Kirsch (1985; 1990) ističe da među očekivanjima ishoda tretmana postoje potencijalne podklase očekivanja koje se razlikuju i po sadržaju očekivanja. Naime, on veoma jasno povlači granicu između očekivanja promene ponašanja klijenta i očekivanja promene fiziološkog odgovora klijenta na averzivne stimuluse, odnosno očekivanja reakcije. Ideje o delineaciji ovih konstrukata mogu se pronaći u radovima teoretičara socijalnog učenja. Na primer Rotter definiše *očekivanje vezano za ponašanje* kao očekivanje osobe da će stupanje u određen tip ponašanja rezultovati očekivanim ishodom, te će se

očekivanja učvrstiti u manjoj ili većoj meri u zavisnosti od tipa i intenziteta potkrepljenja do kog je ponašanje dovelo (Rotter, 1954; 1966). Mischel odvaja ovaj tip očekivanja od *očekivanja vezanog za stimulus* koje po njemu predstavlja sistem očekivanja okolnosti u neposrednoj budućnosti koja se aktiviraju percipiranjem nekog stimulusa. Ova dva tipa očekivanja su u veoma bliskoj vezi jer očekivanja vezana za stimulus predstavljaju povod aktiviranju čitavog spektra alternativnih očekivanja vezanih za ponašanje. Na osnovu njih osoba upoređuje vrednosti potencijalnog ponašanja i donosi odluku da li će se i na koji način ponašati (Mischel, 1973). Kirsh ilustruje odnos ovih konstrukata na primeru donošenja odluke kada treba da izađemo napolje tokom oblačnog dana. Kišni oblak na nebu predstavlja stimulus spram koga formiramo očekivanja vezana za stimulus - da će veoma uskoro pasti kiša. Ona aktiviraju alternativna očekivanja vezana za ponašanje: ako ne ponesemo kišobran, pokisnućemo i biće nam hladno što predstavlja negativno potkrepljenje, a ako ponesemo kišobran, zaštitimo se od kiše i stići suvi na željeno odredište što predstavlja pozitivno potkrepljenje. On dalje proširuje koncept očekivanja, smatrajući da očekivanja vezana za stimulus mogu biti dvojaka - kognitivna, kako ih definiše Mischel i opisuje prethodni primer, ali i afektivna, odnosno fiziološka (Kirsch, 1990). Na primer, osoba koja pati od arahnofobije kada samo zamisli pauka formiraće očekivanja vezana za ponašanje (da je najbolje bežati što dalje od pauka, prodavnica u kojima se prodaju i časopisa koji prikazuju njihove slike) na osnovu kognitivne komponente očekivanja vezanih za stimulus (da su pauzi izuzetno strašna i opasna bića), te emocionalne (visok nivo straha) i fiziološke komponente (npr. grč u stomaku u trenutku zamišljanja pauka). Za razliku od ponašanja koje je determinisano očekivanjima vezanim za ponašanje i pod voljom je kontrolom, emocionalne i fiziološke posledice predstavljaju automatsku reakciju na izloženost određenom tipu stimulusa (Marks, 1987). Očekivanje upravo ovih automatskih i neprijatnih reakcija Kirsch naziva *očekivanjem reakcije*. Osoba koja pati od arahnofobije, pod uslovom da nije psihotična, zna i razume da slika pauka u časopisu ili snimak na televizoru ne može da ga ujede, otruje ili joj uđe u uho, ali ipak pedantno i uporno izbegava slike pauka i emisije o njima zbog očekivanja intenzivne automatske neprijatne reakcije straha koju prate njeni fiziološki korelati. Korigovanje klijentovih očekivanja reakcije Kirsch smatra ključnim panteorijskim principom na kome se zasniva uspešnost placebo tretmana u medicinskim istraživanjima, ali i psiholoških tretmana. Psihološki tretman po njemu deluje na promenu klijentovih očekivanja reakcije, te posredno utiče i na promenu klijentovih očekivanja vezanih za ponašanje, što dovodi do promene u samom ponašanju. Sama ideja da se osoba koja koristi farmakoterapiju nalazi pod dejstvom neke supstance dovodi do promene očekivanja reakcije, odnosno verovanja da će fiziološki i emocionalni odgovor na averzivne stimulse biti manje neprijatan (Kirsch, 2010), što posledično dovodi do bihejvioralne aktivacije i pribavljanja drugačijeg tipa potkrepljenja koje po principima recipročne inhibicije (Wolpe, 1958) ili nekim drugim dovode do promene u ponašanju i tretmanskog ishoda.

1.3.2.1. Dosadašnja istraživanja klijentovih očekivanja ishoda tretmana i njihovog uticaja na ishod tretmana.

Počev od Lipkinove studije (Lipkin, 1954) pa do danas, na pitanje postojanja, tipa i valence relacije očekivanja efekata tretmana i ishoda do sada je pokušano da se odgovori kroz istraživanja koja su dala nedosledne, nekada čak i suprotne rezultate. Prvi ozbiljniji pregled literature sproveli su Noble, Douglas i Newman (2001) sumirajući dotadašnje nalaze o relacijama očekivanja klijenata i uspešnosti prevashodno psihijatrijskih tretmana. Osvrćući se između ostalog i na metodološke nedostatke koji su tokom vremena otklanjani, autori nalaze da studije do 1980. godine pretežno sugerišu nelinearnu povezanost očekivanja ishoda tretmana i ishoda, odnosno da su uspešni tretmani korelirani sa umereno pozitivnim očekivanjima njihovog ishoda, dok su suviše niska ali i previsoka očekivanja povezana sa manjom uspešnošću tretmana. Sa druge strane, nalazi 22 studije u periodu od 1980. do 1999. velikom većinom sugerišu linearnu pozitivnu povezanost, jedan nalaz negativnu (Lax, Basoglu, & Marks, 1992), a jedan ne uspeva da identifikuje značajnu povezanost (Basoglu et al. 1994) ovih konstrukata. Prvi pregled psihoterapijske literature produkovane povodom istog istraživačkog pitanja daju Arnkoff, Glass i Shapiro (Arnkoff et al. 2002) deskriptivno sumirajući nalaze do 2000. godine. Autori identifikuju 12 studija koje sugerišu značajnu pozitivnu povezanost, 7 studija sa mešovitim nalazima, te 7 koje ne nalaze statistički značajnu relaciju. Sudeći po daljim pregledima literature, Garfieldova konstatacija kako su istraživanja klijentovih očekivanja dostigla svoj vrhunac u drugoj polovini XX veka i zatim nestala (Garfield, 1994) nije uspela da predvidi budućnost.

Opsežna metaanalitička studija Constantina i saradnika sumirala je nalaze 46 studija koje su zajedno obuhvatale 8061 ispitanika. Od ukupno 253 mere univarijantnih i multivarijantnih efekta klijentovih očekivanja na različite mere ishoda ishod tretmana, 54 efekta odnosno 21% bili su statistički značajni i pozitivni, 7 efekata odnosno 3% značajni i negativni, dok su ostali efekti bili ili zanemarljivi ili pozitivni ali nedovoljnog intenziteta da bi dosegli kriterijume statističke značajnosti. Autori matematički dolaze do nalaza da je prosečna korelacija očekivanja ishoda i uspeha tretmana relativno mala ($r = .12$) ali statistički značajna, što korespondira maloj veličini efekta ($d = .24$; Cohen, 1988) odnosno zaključku da se u proseku 1.45% varijanse ishoda tretmana može objasniti izolovanim efektom klijentovog očekivanja tretmanskog ishoda (Constantino et al., 2011). Pitanje međutim ostaje da li na ovaj način izračunata prosečna veličina efekta predstavlja realan rezultat ili je posledica brojnih metodoloških nedostataka studija uključenih u metaanalizu. Komentarišući prethodne nalaze, Constantino i sadarnici ističu da je u prikupljenim istraživanjima interes za klijentovo očekivanje ishoda tretmana retko bio centralno istraživačko pitanje, već pre potencijalna konfundirajuća varijabla čiji je uticaj držan pod kontrolom (Constantino et al., 2011; Constantino, Penek, Bernecker, & Overtree, 2014). Detaljnim pregledom ove metaanalitičke studije i istraživanja koje je obuhvatila (Constantino et al., 2011), možemo zaključiti da, iako je konstrukt klijentovih očekivanja ishoda tretmana dosta često zastupljen u dosadašnjim istraživanjima, većina njih poseduje nekoliko veoma značajnih metodoloških nedostataka koje možemo grupisati u tri velike grupe - jednokratno merenje

očekivanja, problematični instrumenti za procenu očekivanja, te pretpostavljanje linearnog odnosa klijenovih očekivanja i ishoda tretmana.

1.3.2.2. Propusti - jednokratno merenje

Prvi metodološki nedostatak dosadašnjih studija leži u činjenici da su u većini njih očekivanja klijenta merena jednokratno i to na početku tretmana. Očekivano je da se tokom trajanja tretmana klijentova očekivanja u pogledu ishoda tretmana menjaju (Constantino & Westra, 2012; Dimcovic, 2001; Hardy et al., 1995; Holt & Heimbeg, 1990; Newman & Fisher, 2010; Kirsch, 1990; Schulte, 2008). Štaviše, Kirsch dosledno ističe da je upravo promena klijentovih očekivanja efekata tretmana i reakcije u susretu sa averzivnim stimulusima ključna u iniciranju i dostizanju psihoterapijske promene (Kirsch, 1990, 1999, 2006, 2013), sledeći osnovne Frankove pretpostavke (Frank & Frank, 1991). Međutim, Constantino i saradnici nalaze da od identifikovanih 46 studija, u 29 od njih očekivanja su merena samo pre početka tretmana, u 15 samo nakon prve seanse, a tek u dve studije i pre početka tretmana i nakon prve seanse. Studije koje su merile očekivanja češće od ova dva puta autori nisu pronašli (Constantino et al. 2011). Jednokratno merenje očekivanja ishoda tretmana konfundira potencijalne zaključke na najmanje dva načina.

Prvo, propušta se mogućnost detekcije kako eventualni porast očekivanja pre bilo kakvog stupanja u terapijski proces predviđa ishod tretmana (Constantino et al., 2011; Wampold & Imel, 2015). Snyder i saradnici pretpostavljaju da klijentova očekivanja deluju i pre dolaska na tretman, obzirom da postoje klijenti koji se uzdržavaju od dolaska na tretman držeći se svojih niskih očekivanja o potencijalnim koristima od tretmana (Snyder et al., 1972). Propuštanjem da se klijentova očekivanja izmere pre početka tretmana ignorišu se sada već veoma dosledni nalazi da klijenti izveštavaju o poboljšanjima veoma rano, čak i pre početka tretmana. Štaviše, pojedine studije nalaze da oko 50% klijenata izveštava o značajnom poboljšanju u periodu između kontaktiranja terapeuta sa ambicijom da zakažu prvi susret i prvog susreta (Baldwin, Berkeljon, & Atkins, 2009; Lawson, 1994; Weiner-Davis, de Shazer, & Gingreich, 1987). S druge strane, procenat klijenata koji se nakon zakazivanja prvog susreta ne pojave na ugovorenoj seansi u literaturi varira od 25 do 62% (Festinger, Lamb, Marlowe, & Kirby, 2002; Livianos-Aldana, Vila-Gomez, Rojo-Moreno, & Luengo-Lopez, 1999; Ritchie, Jenkins, & Cameron, 2000). Tvrdnje i nalazi da do značajnog poboljšanja nevezano za terapijski modalitet dolazi i pre prvog susreta sa terapeutom dolaze kako iz psihijatrijskog (Frank, Gliedman, Imber, Stone, & Nash, 1959; Friedman, 1963; Kellner & Sheffield, 1971; Shapiro, Struening, & Shapiro, 1980) tako i iz psihološkog korpusa istraživanja (Beckham, 1989; Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Piper & Wogan, 1970). Na primer, Howard i saradnici su tražeći empirijske potvrde za svoj fazni model psihoterapijske promene zaključili da 15 % klijenata ostvaruju značajnu promenu samo zahvaljujući činjenici da su zakazali prvi susret sa terapeutom. Step en ostvarenog poboljšanja po ovim autorima značajno je povezan sa klijentovim pozitivnim očekivanjima ishoda tretmana (Howard et al., 1986), što implicira da već u ovom periodu dolazi do

promene klijentovih, kako generalnih očekivanja, tako i očekivanja tretmanskih efekata, te samim tim i poboljšanja (Bohart & Talman, 2010; Frank & Frank, 1991; Friedman, 1963; Goldstein, 1960a).

Drugi propust dosadašnjih studija ogleda se u nemogućnosti da detektuju na koji način davanje terapijskog racionala utiče na promenu klijentovih očekivanja efekata. Kao što je već pomenuto, teoretičari kontekstualnog modela smatraju da je obezbeđivanje adekvatnog terapijskog racionala jedan od ključnih trenutaka u promeni, odnosno porastu klijentovih očekivanja i mobilizaciji klijentovih resursa za promenu (Constantino & DeGeorge, 2008; Constantino & Westra, 2012; Frank, 1961; Frank & Frank, 1991; Grawe, 2004; Kirsch, 1990; Rosenzweig, 1936; Wampold & Imel, 2015). Postoje i nalazi da se klijentova očekivanja ishoda tretmana tokom trajanja tretmana smanjuju, prevashodno zbog inkompatibilnosti klijentovih očekivanja sadržaja tretmana i samog sadržaja tretmana (Holt & Heimberg, 1990). Ukoliko očekivanja merimo jednokratno, to možemo učiniti ili pre ili nakon davanja terapijskog racionala. U prvom slučaju, ograničićemo vrednosti klijentovih očekivanja na niži opseg, te izostaviti iz analize prediktivnu moć povećanih očekivanja koja se mogu pripisati prihvatanju racionala. Ukoliko pak merimo očekivanja nakon što je klijentu tokom prvog susreta već predstavljen terapijski racional (npr. Al-Darmaki & Kivilghan, 1993; Borkovec & Costello, 1993; Joyce & Piper, 1998; Price & Anderson, 2012), to bi značilo da ih merimo u trenutku kada su ona već značajno izmenjena delovanjem racionala, odnosno da je tretman već počeo, iako specifični rituali tretmana još nisu primenjeni (Dew & Bickman, 2005; Frank & Frank, 1991; Schulte, 2008; Wampold & Imel, 2015), a efekat postignute promene pripisujemo tretmanskim ritualima. Oba ova postupka istraživača ignorišu nalaze koji govore da najveći procenat klijenata odustanu od tretmana već nakon prvog susreta sa terapeutom (Connell, Grant, & Mullin, 2006; Simon & Ludman, 2010; Wierzbicki & Pekarik, 1993), što se načešće tumači terapijskim neuspehom iako je jednako legitimno pretpostaviti da i tokom ovog kratkog perioda klijenti profitiraju od tretmana u onom opsegu koji im je dovoljan, te više ne osećaju potrebu za susretima sa psihoterapeutom (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Thompson, 2008; Cahill et al., 2003; Kazdin, 2003; Simon, Imel, & Steinfield, 2012; Swift, Callahan, & Levine, 2009). Štaviše, Barkham i saradnici nalaze da više od 50% klijenata nakon drugog susreta sa terapeutom dostižu klinički značajnu redukciju simptoma (Barkham et al., 2006), dok nešto ranije Howard i saradnici nalaze da 30 % klijenata iskusi značajno poboljšanje između prvog i drugog susreta sa psihoterapeutom, a da do sedme seanse taj procenat biva udvostručen (Howard et al., 1986). Ovakvi nalazi impliciraju najmanje dve pretpostavke. Prva je da se ove rane promene dešavaju pre aktivacije mehanizama koje specifične terapijske škole (npr. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) smatraju uzročnicima promene, te da se pre mogu objasniti procesima promene koji leže u osnovi većine terapijskih pristupa, prevashodno varijablama klijenta (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; Snyder et al., 1999). Druga pretpostavka je da se većina varijanse ranog poboljšanja, posebno do druge seanse može većinom pripisati promeni klijentovih generalnih očekivanja, te očekivanja efekata tretmana. Ako se podsetimo grafičkog prikaza kontekstualnog modela (Slika 1.3, Wampold & Imel, 2015), najverovatnije je da se većina efekata u ovoj fazi tretmana ostvaruje dominantno drugom putanjom. Imajući na umu navedene

nedostatke, postavlja se pitanje validnosti zaključaka dosadašnjih studija, posebno imajući na umu zaključak Gastona i saradnika da klijentova očekivanja tokom terapijskog iskustva variraju i da studije koje ih tretiraju kao stabilan konstrukt mogu proizvoditi neadekvatne zaključke o fenomenu (Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1989). Nameće se zaključak da u većini dosadašnjih studija nije obuhvaćen pun opseg varijabiliteta klijentovih očekivanja, te se time propustila detekcija realne prediktivne moći ovog konstrukta u predviđanju stepena ostvarenog profita od tretmana (Constantino et al., 2011). Zanimljivo, u studiji koja se između ostalog bavi korelacijama klijentovih očekivanja ishoda tretmana pre i nakon prve seanse sa demografskim i kliničkim karakteristikama klijenata, Constantino i saradnici daju podatke o korelacijama očekivanja za svako pojedinačno merenje očekivanja, ali ne daju podatke o razlikama u očekivanjima ishoda merenih u ove dve vremenske tačke, niti o korelacijama tih razlika sa karakteristikama klijenta (Constantino et al. 2014).

1.3.2.3. Propusti - instrument

Problemu operacionalizacije klijentovih očekivanja ishoda do sada je pristupano na veoma raznolike načine. Rane studije su se na primer u proceni klijentovih očekivanja oslanjale na projekтивne tehnike (Brady, Reznikoff, & Zeller, 1960), tehnike Q-sortiranja ili razlike između opaženog i idealnog selfa (Goldstein, 1960b; Goldstein & Shipman, 1961). U svojoj metaanalizi, Constantino i saradnici su u čak 31 od 46 studija primetili da su očekivanja ishoda tretmana merena instrumentima koji u izvesnoj meri ugrožavaju legitimitet predstavljenih nalaza. U 13 studija za procenu očekivanja korišćene su jednoajtemske skale, a u 32 su primenjeni instrumenti sa jednim ili više ajtema dizajnirani za potrebe aktuelne studije, bez obezbeđivanja prethodnih psihometrijskih karakteristika. Od mera za koje postoje raniji psihometrijski podaci, u 13 studija korišćene su dve verzije Upitnika kredibiliteta i očekivanja (CEQ, Devilly & Borkovec, 2000) i Inventar pacijentovih prognostičkih očekivanja (PPEI; Martin & Sterne, 1975) u jednoj studiji (Constantino et al., 2011). U svom preglednom radu koji se tiče prevashodno preporuka kliničarima glede praćenja i manipulacije klijentovim očekivanjima ishoda tretmana, Constantino i saradnici (2012) ističu četiri instrumenta koji između ostalog na adekvatan način mere očekivanja ishoda tretmana: Upitnik kredibiliteta i očekivanja (CEQ, Devilly & Borkovec, 2000), Milwaukee upitnik psihoterapijskih očekivanja (MPEQ; Norberg et al., 2011), Skalu očekivanja vezanih za savetovanje (EAC; Tinsley, Workman, & Kass, 1980) i njenu kraću verziju (EAC-B; Tinsley & Wescot, 1990), te Inventar pacijentovih prognostičkih očekivanja (PPEI; Martin & Sterne, 1975). Pregledom dosadašnjih upotreba skale, autori konstatuju da od instrumenata dostupnih na anglofonom području ovi instrumenti poseduju zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, te diskutuju prednosti i ograničenja za svaki od njih (Constantino et al., 2012). S obzirom da je konstruisan na nemačkom jeziku, Upitnik pacijentovih terapijskih očekivanja i evaluacije (PATHEV; Schulte, 2005) nije obuhvaćen malopre pomenutim pregledom, iako su za njega takođe demonstrirane zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike (Schulte, 2005, 2008).

Postavljajući pitanje da li su možda inkonzistentni rezultati o relacijama ishoda tretmana i očekivanja ishoda posledica raznolike i ponekad neadekvatne operacionalizacije samog ishoda tretmana, Schulte ističe da je u istraživanjima efikasnosti tretmana neophodno nezavisno posmatrati promenu na varijablama simptoma izraženu razlikama u vrednosti pre, tokom i posle tretmana, te stepen ostvarenosti tretmanskih ciljeva merenih tokom tretmana i na njegovom kraju. Autor navodi da postoji mogućnost da klijent na kraju tretmana i dalje može doživljavati relativno visok nivo simptoma, pri čemu je zadovoljan tretmanom jer je postigao željene ciljeve zbog kojih je učestvovao u tretmanu, poput recimo povećanja funkcionalnosti uprkos i dalje prisutnim simptomima (Schulte, 2008). Ovako definisan ishod tretmana nekada se graniči sa krajnjim dometima psihoterapijom podstaknute promene, naročito u radu sa klijentima koji pate od poremećaja psihotičnog spektra (Kingdon & Turkington, 2005), dok teoretičari trećeg talasa bihevioralnih tretmana poput terapije posvećenosti i prihvatanjem (ACT) upravo ovakav ishod tretmana, koji podrazumeva klijentovo prihvatanje aktuelnog stanja i aktivaciju u cilju postizanja visoko vrednovanih i detaljno operacionalizovanih ciljeva, smatraju veoma velikim, ako ne i krajnjim ishodom uspešnog tretmana kod većine psihoterapijskih klijenata (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Schulte nalazi da pozitivna očekivanja ishoda tretmana sa promenama na simptomatskim merama blago pozitivno koreliraju nakon četvrte ($r = .12$; $p < .05$) i šesnaeste seanse kognitivnog tretmana ($r = .19$; $p < .01$), dok sa stepenom zadovoljstva ostvarenošću terapijskih ciljeva značajno pozitivno koreliraju nakon četvrte i osme seanse ($r = .39$, $p < .01$), te daleko više nakon šesnaeste seanse ($r = .52$, $p < .01$). Zanimljivo, on ne nalazi značajne korelacije negativnih očekivanja ishoda tretmana sa veličinom efekta ni u jednom merenju, ali negativna korelacija sa zadovoljstvom ostvarenim ciljevima raste od neznačajne nakon četvrtog susreta do značajne nakon šesnaestog ($r = -.23$; $p < .01$). Razloge ovakvom nalazu Schulte pretpostavlja u različitim procesima promene karakterističnim za psihoterapiju - jedan je odgovoran za promenu prisutnih simptoma, a drugi za smanjenje stepena disfunkcionalnosti povodom prisutnih simptoma (Schulte, 2008). Na veoma sličan način Hayes i saradnici definišu "čistu" patnju koja potiče od samog prisustva simptoma i "prljavu" patnju koja potiče od manjka klijentovih sopsobnosti da prihvati svoje simptome kao sastavni deo života, implicirajući da prisustvo simptoma ne mora neophodno biti prepreka klijentovoj funkcionalnosti (Hayes et al., 1999).

1.3.2.4. Propusti - linearnost

Određen broj istraživanja koja nalaze pozitivnu povezanost između očekivanja ishoda tretmana i njegove uspešnosti pokazuju tendenciju da povezanost interpretiraju linearno - što su veća klijentova očekivanja to će više profitirati od tretmana i vice versa (npr. Fromm, 2001; Borkovec, Echemendia, Ragusea, & Ruiz, 2001). Studije koje daju mešovite nalaze najčešće ne impliciraju tip povezanosti (npr. Chambles, Tran, & Glass, 1997), dok dodatnu komplikaciju u oblast israživanja unosi Schulte (2008) sa svojim nalazom o negativnoj povezanosti klijentovih očekivanja sa ishodom tretmana.

Postoje međutim nalazi (Ahmed & Westra, 2009; Clemes & D'Andrea, 1965; Goldstein & Shipman, 1961, Swift & Callahan, 2008) i sporadične spekulacije koje upućuju na mogućnost da priroda povezanosti između očekivanja ishoda tretmana i efekata tretmana nije linearna, odnosno da sledi kvadratnu funkciju. Komentarišući nalaze svojih istraživanja, Goldstein (1962) sugeriše da je očekivano da visoka korelacija između ovih konstrukata bude vidljiva samo u slučaju umerenih, odnosno klijentovih očekivanja koja su kompatibilna realnosti, a do sličnog nalaza dolaze Horenstein i Houston (1976), te Dimcovic (2001). Istražujući interakciju fiziološkog dejstva kofeina i ispitanikovih očekivanja tih efekata, Kirsch i Wexiel dolaze do zaključka da očekivanje efekta deluje aditivno na fiziološki efekat placeba, ali ne i u slučaju nerealistično visokih očekivanja, te spekuliraju da efekti psihoterapijskog tretmana takođe mogu biti kompromitovani nerealističnim očekivanjima (Kirsch & Wexiel, 1988). Osvrćući se na ovaj nalaz, Kirsch pretpostavlja da u slučaju klijentovih minimalnih ili niskih očekivanja psihoterapijski tretman neće dati značajne efekte, prevashodno zbog niske i upitne motivacije klijenta da u njemu učestvuje. Sličan ishod će se po njemu dogoditi i u slučaju prevelikih očekivanja klijenta, jer će se, kako tretman odmiče, klijent sve više obeshrabrivati opazajući da se efekti tretmana ostvaruju u daleko manjoj meri od željene i očekivane (Kirsch, 1990), te daleko sporijim tempom od očekivanog (Kirsch, 2010; Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005). Greer (1980) nalazi da su generalno niža očekivanja u pozitivnoj korelaciji sa uspehom tretmana, ističući da postoje klijenti sa nerealno visokim očekivanjima koji će verovatno slabije profitirati od tretmana ukoliko se na njegovom početku ne posvati dovoljno vremena njihovoj modifikaciji. Prilog ovo tezi je već pominjani nalaz Nobla i saradnika koji u pregledu literature iz domena psihijatrije nalaze da je u studijama do 1980. pretežno identifikovana nelinearna povezanost ovih konstrukata (Noble, et al., 2001). Bohart i Greaves Wade takođe sugerišu da su ekstremna očekivanja u oba smera povezana sa manjom uspešnošću tretmana i šansom za odustanak od tretmana (Bohart & Greaves Wade, 2013). Za ovu tvrdnju empirijsku potvrdu obezbeđuju Aubuchon-Endsley i Callahan (2009), našavši da klijenti koji skoruju van normativnog opsega PPEI inventara imaju oko 7 puta veću šansu da odustanu od tretmana nego klijenti koji na ovom inventaru postižu skorove bliže prosečnim vrednostima (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009). Analizirajući procenu terapeuta o uticaju klijentovih očekivanja na ishod tretmana, Tinsley i saradnici nalaze da terapeuti u praksi takođe primećuju kako klijentova nerealistična očekivanja u oba smera često kompromituju i proces i ishod tretmana (Tinsley, Bowman, & Barich, 1993). Imajući ove nalaze na umu, postavlja se pitanje u kojoj su se meri dosadašnje studije oslanjale na linearne modele u obradi podataka koji se tiču odnosa ovih konstrukata. Ono što recimo nije vidljivo iz veoma precizne i opsežne metaanalitičke studije Constantina i saradnika (2011) je tip analize koju su autori svake identifikovane studije koristili. Ukoliko je na primer većina studija koristila linearne metode prognoze vrednosti zavisne varijable (poput npr. Price, Anderson, Henrich, & Rothbaum, 2008), nije začuđujuće što su rezultati nedosledni, s obzirom da korišćenje linearnih modela u testiranju potencijalne nelinearne povezanosti, u ovom slučaju po logici kvadratne funkcije, nije adekvatno, odnosno sam linearni model dovodi do

uprošćavanja ekstremnih polova funkcija i samim tim kompromituje značajnost povezanosti tamo gde ona objektivno postoji (Ganzach, 1997).

1.3.2.5. Povezanost klijentovih karakteristika i očekivanja ishoda tretmana

Istraživanja koja se bave povezanošću klijentovih karakteristika i očekivanja ishoda tretmana u dostupnoj literaturi zastupljena su veoma skromno (Constantino et al, 2011), dok daleko veći broj istraživača posvećuje pažnju relacijama ovih varijabli sa odustankom od tretmana (Bohart & Greaves Wade, 2014). Retke studije ukazale su na povezanost nekih klijentovih demografskih karakteristika sa pozitivnim očekivanjima ishoda. Na primer, Hardin i Yanico (1983) nalaze da žene u proseku imaju viša očekivanja ishoda, dok Tsai i saradnici viša očekivanja nalaze kod starijih klijenata i onih koji žive u partnerskoj zajednici (Tsai, Ogrodniczuk, Sochting, & Mirmiran, 2014). Istražujući očekivanja kod adolescenata Stewart, Steele i Roberts (2014) nalaze da dečaci imaju više negativnih očekivanja, ali i očekivanje pozitivnog terapijskog odnosa, dok devojčice generalno imaju viša pozitivna očekivanja. Studije koje su se fokusirale na ranije tretmansko iskustvo nalaze da je ono značajno povezano kako sa očekivanjima vezanim za tretman, tako i sa očekivanjima ishoda tretmana (MacNair-Semands, 2002; Swift, Whipple, & Sandberg, 2012). Nešto je frekventnija literatura koja se bavi povezanošću očekivanja sa klijentovom aktuelnom funkcionalnošću. Tsai i saradnici nalaze da zadovoljstvo životom pozitivno korelira sa očekivanjima ishoda tretmana (Tsai et al., 2014). Viši nivo opšteg distresa pre početka tretmana u većini dostupnih studija pokazao se da značajno korelira sa niskim očekivanjima ishoda tretmana (Constantino et al, 2014; Gibbons et al., 2003; Elliott, Westmacott, & Hunsley, 2014; Holforth, Krieger, Bochsler, & Mauler, 2011; Rumstein-McKean, & Best, 2014). Zanimljivo, Brown i saradnici nalaze da je stepen distresa na početku tretmana pozitivno koreliran sa uspešnošću tretmana (Brown, Burlingame, Lamberg, Jones, & Vaccaro, 2001), sugerišući da u početnim fazama tretmana dolazi do značajnog dejstva terapijskog racionala na klijentova očekivanja (Ahmed & Westra, 2009).

Dosledni su nalazi da klijenti sa jače izraženim simptomima imaju niža očekivanja ishoda tretmana (Assay & Lambert, 1999; Safren, Heimberg, & Juster, 1997). Negativna povezanost stepena izraženosti specifičnih simptoma sa očekivanjem ishoda tretmana takođe je dokazana za poremećaje ličnosti (Constantino et al., 2013), depresiju i aktuelnu suicidalnost (Tsai et al., 2014), socijalnu fobiju (Safren et al, 1997), zloupotrebu supstanci (Constantino, Penek, Bernecker, & Overtree, 2014; MacNair-Semands, 2002), intenzitet somatskih simptoma (Goossens, Vlaeyen, Hidding, Kole-Snijders, & Evers, 2005; MacNair-Semands, 2002), te dualne dijagnoze (Gibbons et al., 2003). Schulte nalazi da depresivni klijenti koji pate od depresije manifestuju niži nivo očekivanja kako ishoda tako i sadržaja tretmana od klijenata kojima je uz depresiju dijagnostikovano i neko poremećaj anksioznog spektra (Schulte, 2008).

Istraživanja koja se bave povezanošću varijabli iz domena ličnosti i očekivanja ishoda tretmana gotovo da i nema. U retkim studijama pokazano je da izraženost crte adaptivnog perfekcionizma povezana sa pozitivnim očekivanjima ishoda i sadržaja tretmana (Oliver, Hart, Ross,

& Katz, 2001), isto kao i klijenti sa većim senzibilitetom za bavljenje psihološkim sadržajima (Beitel et al., 2009).

1.3.3. Očekivanja vezana za tretman

Dosadašnja istraživanja pretežno su dala potvrdu pretpostavci da klijentova očekivanja vezana za tretman predstavljaju veoma značajan činilac u procesu odluke klijenta da se javi na psihološki tretman, te da od njega na neki način profitira (Arnkoff et al., 2002; Joyce, McCallum, Piper, & Ogrodniczuk 2000; Meyer et al. 2002; Norberg et al. 2011; Tinsley et al. 1980; 1984; Tinsley & Harris 1976).

1.3.3.1. Očekivanje terapeutove uloge

Klijenti najčešće očekuju da njihovi terapeuti budu topli, empatični i negujući, te autentični i da ulivaju poverenje (Tinsley & Harris 1976; Tinsley et al. 1980; 1984; Patterson et al. 2008; Vogel, Wester, Wei, & Boysen, 2005), sposobni da obezbede adekvatan terapijski seting (Joyce & Piper 1998), te da na klijentove probleme gledaju kao na važnu pojavu podložnu promeni (Glass et al. 2001; Tinsley & Harris 1976). Tinsley i saradnici takođe nalaze da klijenti očekuju da terapeuti budu aktivni, direktivni usmereni na problem (Tinsley et al. 1980; Tinsley & Harris 1976), dok su kasnije studije pokazale da ovaj tip očekivanja zavisi od kulturnog obrasca kome klijent pripada. Naime, analizirajući očekivanja od tretmana studenta različitog etničkog porekla, Yuen i Tinsley nalaze da američki studenti očekuju od savetnika da bude manje direktivan i izveštavaju o većoj sopstvenoj odgovornosti za ishod tretmana, dok studenti kineskog, iranskog i afričkog porekla očekuju daleko pasivniju ulogu u tretmanu, a od terapeuta očekuju više direktivnosti iz pozicije negujućeg autoriteta (Yuen & Tinsley, 1981), što je potvrđeno i u kasnijim studijama (Leong, 1986; Mau & Jepsen, 1988; Sue & Sue, 1999; Wong, Beutler, & Zane, 2007). Islandski studenti na primer u poređenju sa američkim od svog savetnika očekuju viši nivo ekspertize (Ægisdóttir & Gerstein, 2000).

1.3.3.2. Očekivanje klijentove uloge

Istraživanja klijentovih očekivanja o sopstvenom ponašanju u terapijskom procesu daju manje konzistentne rezultate. Rani nalazi o pojavi da klijentova očekivanja tretmanske uloge bivaju nekad veoma daleko od realnih pojavljuju se sredinom XX veka. Garfield i Wolpin nalaze da 47% klijenata pretpostavlja da će na tretmanu diskutovati događaje iz njihove neposredne prošlosti, 27% događaje iz ranog detinjstva, a ostatak nije mogao jasno da pretpostavi šta će se na tretmanu dešavati. Interesantno, 40% njihovih ispitanika verovalo je da psihoterapeut poseduje moć ili veštinu da u određenoj meri čita misli svojih klijenata (Garfield & Wolpin, 1963). Nešto novija istraživanja sugerišu da klijenti pretežno očekuju da će biti aktivni tokom tretmana, te da će doprinostiti tretmanskome procesu iznoseći problem, postavljajući pitanja i prorađujući osećanja (Joyce & Piper 1998; Yuen & Tinsley 1981). S druge strane, istražujući klijentova očekivanja sadržaja kognitivnog

tretmana kvalitativnom metodologijom, Westra i saradnici nalaze da većina klijenata izveštavaju kako su iznenađeni intenzitetom uključenosti u proces. Klijenti su generalno očekivali direktivniji tretman i bili pozitivno iznenađeni nedirektivnošću i terapeutovom pozicijom univerzalnog prihvatanja, kao i mogućnošću da upravljaju procesom i osećaju se dobro sa terapeutom (Westra, Aviram, Barnes, & Angus, 2010). Klijenti koji su pre početka tretmana očekivali visok nivo aktivnog učešća, u tretmanu postižu veći uspeh od klijenata sa nižim početnim očekivanjima (Schneider & Klauer, 2001). Klijenti koji profitiraju od tretmana očekivali su visok stepen uključenosti u tretman, periode neprijatnosti i poteškoća i bili svesni lične odgovornosti za tretmanski uspeh (Beitel et al., 2009). Subich i Coursol zaključuju da klijenti koji pohađaju grupni tretman generalno očekuju da značajno manje učestvuju u tretmanu ali i niža pozitivna očekivanja ishoda tretmana od klijenata na individualnom tretmanu (Subich & Coursol, 1985).

1.3.3.3. Očekivanje procesa tretmana

Studija Kamina i Caughlana govori da oko 75% klijenata dolazi na tretman bez jasne ideje o tome kako tretman funkcioniše (Kamin & Caughlan, 1963). Nešto novija studija Tinsleyja i saradnika sugeriše da veoma veliki broj klijenata po proceni njihovih terapeuta imaju nerealna očekivanja u pogledu procesa tretmana (Tinsley et al., 1993). S druge strane, postoje rane studije koje ukazuju da klijenti očekuju kako će na tretmanu biti diskutovani njihovi problemi, iskustva i osećanja (Bordin 1955; Gladstein 1969), a njihova nalaze potvrđuju i savremenije studije (Arnkoff et al, 2002; Glass, Arnkoff, & Shapiro, 2001). Joyce i saradnici nalaze da klijenti očekuju da tretmanski fokus bude na diskutovanju njihovih simptoma, emotivnih veza, te relacija između prošlih iskustava i aktuelnih poteškoća. Takođe, klijenti očekuju da oni dominantno određuju konkretne teme na koje će prorađivati i odlučuju na koji će način diskusija ovih sadržaja uticati na njihovu promenu u ponašanju (Joyce et al. 2000). Klijenti koji profitiraju od tretmana pre njegovog početka očekivali su visok stepen uključenosti u tretman, periode neprijatnosti i poteškoća i bili svesni lične odgovornosti za tretmanski uspeh (Beitel et al., 2009).

Istraživanja pokazuju da i klijentovo očekivanje dužine i toka tretmana poseduje potencijalni efekat na ishod tretmana (Constantino et al, 2012). Swift i Callahan (2011) nalaze da prorada teme o prosečnoj dužini tretmana u kontekstu pojedinačnog problema koji klijent donosi značajno smanjuje verovatnoću za odustanak od tretmana. Logično, klijenti duže ostaju u tretmanu ukoliko očekuju da će tretman duže trajati (Jenkins, Fuqua, & Blum, 1986), dok Mueller i Pekarik (2000) nalaze da su klijenti kojima se tretman završi pre nego što su to očekivali manifestuju manje zadovoljstvo tretmanom od klijenata čiji tretman traje onoliko koliko očekuju ili duže. Kada klijenti ne iskuse pozitivne promene u periodu u kom su ih očekivali, veća je verovatnoća da budu nezadovoljni tretmanom i od njega odustanu (Wierzbicki & Pekarik 1993) pre nego što ostvare terapijske ciljeve (Pekarik 1992). Rezultati dosledno sugerišu da je veoma korisno sa klijentima diskutovati o njihovim očekivanjima povodom dužine tretmana i kredibiliteta terapijskog racionala, čime se može

preduprediti kako odustajanje od tretmana, tako i kvalitet tretmanskog ishoda (Bohart & Greaves Wade, 2013; Callahan et al., 2014; Lambert, 2010).

1.3.3.4. Dosadašnja istraživanja klijentovih očekivanja vezanih za tretman i uticaja na ishod tretmana.

Većina istraživača koja se bavi očekivanjima vezanim za tretman pretpostavlja da su ona pozitivno povezana sa ishodom tretmana, iako su nalazi po pitanju ove relacije u literaturi veoma nedosledni (Arknoff et al., 2002; Constantino et al., 2011).

Među prvim istraživačima ove relacije, Overall i Aronson (1963) nalaze da klijenti čija očekivanja od tretmana nisu ispunjena imaju veću šansu da odustanu od tretmana. Teorijski se baveći ovim pitanjem, Levitt (1966) uvodi pojam diskrepance očekivanje-realnost čime imenuje pojavu da klijentova očekivanja od tretmana mogu u manjoj ili većoj meri biti kompatibilna realnom tretmanu. On pretpostavlja da, što je veća diskrepanca očekivanje-realnost, to je manja šansa da tretmanske intervencije daju željeni ishod i klijent od njih u značajnoj meri profitira. Dovodeći njegove pretpostavke u pitanje, Duckro, Beal i George (1979) pregledaju dotadašnje nalaze i zaključuju da realcija stepena ostvarenosti klijentovih očekivanja od tretmana i odustanak od tretmana nije nedvosmisleno potvrđena, te da 49% njima dostupnih studija ukazuju na postojanje te povezanosti. Neki kasniji nalazi takođe su nedosledni. Na primer, Hardin, Mezydlo Subich i Holvey (1988) nisu detektovale prediktivnu moć pretretmanskih očekivanja u predviđanju odustanka od tretmana. Taylor nalazi da ostvarenost klijentovih očekivanja od tretmana pozitivno je povezana sa ishodom EMDR, terapije izlaganjem i relaksacionim treninzima kod osoba koje pate od posttraumatskog stresnog poremećaja (Taylor, 2003), dok Watsford i Rickwood (2013) na uzorku mladih ljudi potvrđuju pretpostavku da neispunjenost očekivanja predviđa slabiji ishod tretmana i veću sklonost ka odsutanku pre kraja tretmana.

Tinsley i saradnici pribavljaju procene 72 licencirana psihoterapeuta o očekivanjima njihovih klijenata na početku tretmana i nalaze da stručnjaci procenjuju kako većina njihovih klijenata manifestuje nerealistično niska očekivanja povodom sopstvenog učešća u tretmanu. U 13 % slučajeva terapeuti procenjuju da ova niska očekivanja mogu facilitirati efekat tretmana, dok u 80% slučajeva procenjuju da će ga kompromitovati. Takođe, većina klijenata manifestuje nerealistično visoka očekivanja povodom terapeutove ekspertize, što u 84% slučajeva kompromituje uspešnost tretmana. Ističući nedostatak svoje studije koji se krije u činjenici da su istraživali terapeutove procene očekivanja klijenata umesto samih očekivanja, Tinsley i saradnici ističu neophodnost istraživanja celokupnog kontinuuma ovih konstrukata i njihove potencijalnog doprinosa u dostizanju ishoda tretmana (Tinsley et al. 1993). Ove nalaze ipak treba uzeti sa rezervom, naročito imajući na umu studiju Horensteina i saradnika u kojoj nalaze da procena uspešnosti tretmana od strane terapeuta i klijenta korelira veoma nisko ($r = .10$) u poređenju sa korelacijom procene klijenata i nezavisnih posmatrača ($r = .54$) (Horenstein, Houston, & Holmes, 1973), što potvrđuju i kasnije studije (npr. Elliott et al., 1994; Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallum, 2003).

U pregledu psihijatrijske literature, Noble i saradnici nalaze većina studija do 1980. godine mogu nalaze pozitivnu vezu između visoke diskrepance realnost-očekivanje i klijentovog nezadovoljstva uslugom, nižim stepenom poboljšanja i odustankom od tretmana, dok u savremenim istraživanjima dokazi za postojanje ove veze nisu dosledni (Noble et al, 2001). U pregledu psihoterapijske literature do 2000. godine Arnkoff i saradnice (2002) identifikuju 39 studija koje se bave povezanostima očekivanja od tretmana i ishoda, odnosno povezanošću stepena ostvarenosti klijentovih očekivanja vezanih za tretman i ishoda tretmana. U 19 studija pronalaze pozitivnu povezanost, u 12 nedosledne rezultate, a u 8 studija odsustvo povezanosti ovih konstrukata. Ono što se ispostavlja problematičnim u ovoj sistematizaciji literature jeste prevashodno heterogenost mera zavisne varijable ishoda tretmana. Naime, u 25 identifikovanih studija mera ishoda izjednačena je sa nastavkom tretmana odnosno neodustajanjem od tretmana pre njegovog završetka, u 14 studija ishod je meren klijentovim samoopisom, dok su u ostatku studija korišćene procene terapeuta, kvalitet radnog saveza i procene nezavisnog kliničara. Analizirajući isti korpus studija dopunjen sa onima koje su međuvremenu realizovane, Constantino i saradnice zaključuju da su relacije između klijentovih očekivanja petežno pozitivne, ali da je metaanalitički pregled njima bio neostvariv zbog prevashodno malog broja dostupnih studija koje u većini slučajeva poseduju ozbiljne metodološke nedostatke (Constantino et al., 2011). Nameće se zaključak da se nedostaci za većinu istraživanja relacije očekivanja ishoda tretmana i tretmanskog ishoda navedeni u pterhodnom odeljku odnose i na ove studije, uz još jedan dodatni - nedovoljno precizne distinkcije klijentovih očekivanja vezanih za tretman i klijentovih preferencija vezanih za tretman. Kao što je već rečeno, klijentove preferencije su odraz njegovih želja povodom određenih karakteristika tretmana, terapeuta i terapijske situacije (Swift & Callahan, 2009). Distinkcija očekivanja sadržaja tretmana od preferencije određenog tipa tretmana sastoji se u tome što on od konkretnog tretmana može imati drugačija očekivanja, u manjoj ili većoj meri kompatibilna preferencijama (Constantino et al., 2012; Swift et al., 2011). Praveći sistematizaciju preferencija sličnu kao i kod klijentovih očekivanja (Constantino et al., 2011), Swift i saradnice iz konceptualnih razloga prave razliku između klijentove preferencije terapeuta, tretmana i uloge koju će zauzeti tokom tretmana. Sumirajući dotadašnje nalaze o uticaju preferencija na odustajanje od tretmana kao i na veličinu postignutog efekta uspešnih tretmana, Swift i saradnice identifikuju 38 studija sa malom ali značajnom prosečnom veličinom efekta ($d = .31$) očekivanja na ishod tretmana, indikujući da kompatibilnost klijentovih preferencija i aktuelnog tretmana doprinosi boljem ishodu. Takođe, one nalaze da ova kompatibilnost blago ali značajno redukuje racio šanse ($OR = .59$) za prerani odustanak od tretmana (Swift et al., 2011), što predstavlja značajan ali minoran negativan efekat ($d = -.13$; transformisano u veličinu efekta po modelu Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009).

1.3.4. Manipulacija klijentovim očekivanjima

Kod većine teoretičara bliskih kontekstualnim modelima mogu se naći manje ili više eksplicitne tvrdnje da je efikasnost većine psihoterapijskih intervencija zasnovana na manipulaciji klijentovim očekivanjima ishoda i procesa tretmana (Beitman, Soth, & Bumby, 2005; Constantino et al, 2012; Frank, 1961; Frank & Frank, 1991; Grawe, 2004, Kirsch, 1990; Wampold & Imel, 2015).

Potreba da se istraže i koriguju klijentova očekivanja koja su u manjoj ili većoj meri u skladu sa realnošću i mogu biti determinanta uspešnosti tretmana, isticana je odavno (npr. Lorion, 1978; Strupp, 1978). U skladu sa time, brojni istraživači i praktičari dizajnirali su različite pokušaje da modifikuju očekivanja klijenata. Kao što je i očekivano, među prvima su takve strategije osmišljavali pioniri kontekstualnih modela Frank i Hoehn-Saric sa saradnicima, koji dizajniraju proceduru pretretmanskog intervjua namenjenog indukciji terapijskih uloga, a sa ciljem da kod klijenata indukuju optimalna očekivanja terapijskog procesa i ishoda. Ova procedura po njima neophodno uključuje opšti opis psihoterapijskog tretmana, opis očekivanog ponašanja klijenta i terapeuta, opis tipičnih fenomena za koje se očekuje da će se tokom tretmana dogoditi, te jasnu sugestiju da će se konkretne promene klijentovih stanja dogoditi u periodu od 4 meseca od početka tretmana. Autori nalaze da klijenti koji su prošli ovakvu proceduru, u poređenju sa onima koji nisu, ređe odustaju od tretmana, te postižu brže i veće efekte (Hoehn-Saric et al., 1964). Sličnu proceduru osmišljava Rosenzweig i predlaže da pre početka tretmana klijenti prođu kroz pripremnu proceduru koja podrazumeva dobijanje usmenih i pismenih informacija o predstojećem psihoterapijskom procesu, gledanje kratkog snimka seanse te diskusiju o očekivanjima ishoda, procesa i uloga u tretmanu (Rosenzweig, 1974). Prvu preglednu studiju tipova manipulacije klijentovim očekivanjima sprovedli su Tinsley i saradnici (1988). Oni identifikuju preko 50 dotadašnjih studija na različitim uzorcima koji variraju u uzrastu, tipu problema, veličini, reprezentativnosti i homogenosti, te identifikovane nalaze grupišu u šest kategorija koje se razlikuju po metodu manipulacije klijentovih očekivanja. Naime, ovi autori nalaze da je do dosledne indukcije pozitivnih očekivanja došlo u studijama koje u ovu svrhu koristile video matreijal, audio materijal, te savetodavni intervju, dok studije koje nastoje da indukuju pozitivna očekivanja putem jednostavnih verbalnih instrukcija, štampanog materijala te kompleksnih intervencija poput Rosenzweigove pretežno u tome ne uspevaju (Tinsley, Bowman, & Ray, 1988). Nakon ove studije, teorijske i istraživačke preporuke dodatno se usmeravaju na potencijalnu sistemsku ulogu manipulacije klijentovim očekivanjima (Constantino et al., 2012; DeFife & Hilsenroth 2011; Rumpold et al., 2005; Woodhead, Ivan, & Emery, 2012) ali nove iscrpne pregledne studije izostaju i pretežno se svode na taksativno navođenje tema koje je potrebno obraditi na početnom susretu sa klijentom kako bi došlo do indukcije pozitivnih očekivanja (Constantino et al., 2012; DeFife & Hilsenroth 2011). Izuzetak će možda biti model naglašavanja očekivanja Constantina i saradnika koji je originalno razvijen kao dopuna kognitivno-bihejvioralnom tretmanu depresivnih stanja. On podrazumeva ne samo inicijelnu manipulaciju klijentovim očekivanjima već i njihovo kontinuirano praćenje te eventualnu dodatnu manipulaciju, imajući na umu pretostavku da promena

klijentovih očekivanja može značajno interferirati sa postizanjem i održanjem željene promene. Ovaj model podrazumeva četiri ključne terapijske aktivnosti. Prva od njih je procena klijentovih očekivanja ishoda i procesa tretmana na inicijelnom susretu te davanje preciznog terapijskog racionala. Druga komponenta podrazumeva asortiman tehnika usmerenih na procenu očekivanja tokom tretmana, te eventualno reagovanje na pojavu nerealnih ili smanjenih očekivanja, dok treća podrazumeva bavljenje klijentovim generalnim očekivanjima od sebe i okoline tokom tretmana. Četvrta komponenta rezervisana za završetak tretmana podrazumeva rekonotiranje klijentovog napretka u pravcu pojačanog stavljanja naglaska na klijentove snage, resurse, odgovornost za postignutu promenu i prevashodno generalizovanu self-efikasnost u funkciji održavanja postignute promene (Constantino, Klein & Greenberg, 2006 po Constantino et al., 2012). Iako je detaljan opis modela najavljen u nekolicini publikacija ovih autora (npr. Constantino et al., 2012; Constantino & Westra, 2014), sa konkretnim detaljima ovog modela naučna javnost još uvek nije upoznata.

2. EMPIRIJSKI DEO

2.1. PROBLEM

Problem našeg istraživanja može se formulirati kroz pitanje da li klijentovo očekivanje ishoda tretmana doprinosi efikasnosti tretmana i, ukoliko doprinosi, na koji se način ta uloga ostvaruje. Očekivanja povodom ishoda tretmana sa kojima klijent dolazi na psihološki tretman predstavljaju jedan od ključnih opštih faktora promene na koji autori decenijama unazad skreću pažnju (Rosenzweig, 1936; Goldstein, 1962; Swift, & Derthick, 2013), ističući da početna očekivanja ishoda tretmana spadaju među varijable koje određuju uspešnost predstojećeg tretmana, naročito u ranim fazama tretmana (DeFife & Hilsenroth, 2011). Neki autori čak pretpostavljaju da se aktivna komponenta psihološkog tretmana krije upravo u promeni, odnosno porastu klijentovih specifičnih očekivanja u vezi sa tretmanom na kom se nalazi (Kirsch, 1990). Drugi autori sugeriraju da je uticaj početnog nivoa specifičnih očekivanja od tretmana ključan u poboljšanju klijentovog stanja, ali da se taj uticaj ostvaruje posredno, putem porasta klijentovih generalnih očekivanja (Swift & Derthick, 2013). U dosadašnjim nalazima možemo primetiti izvestan nivo konceptualne nejasnoće pošto uključuju kako nalaze o uticaju početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana, tako i o uticaju promene ove varijable na mere ishoda tretmana. Naše istraživanje obuhvata oba ova aspekta - i početne vrednosti i promenu očekivanja, odnosno usmereno je na pitanje da li početni nivo i promena specifičnih očekivanja ishoda tretmana utiču na promenu varijabli ishoda u funkciji proticanja tretmana, te da li se ta predikcija odvija i direktno i indirektno putem promene u varijablama generalnih očekivanja, čime doprinosimo odgovorima na opisane dileme.

S druge strane, nalaza o prirodi relacije početnog nivoa očekivanja od tretmana i efikasnosti tretmana ima daleko manje. Neki stariji nalazi sugeriraju nelinearnu vezu između početnih specifičnih očekivanja i efekata tretmana (Goldstein, 1960), sugerirajući da će do najvećeg napretka doći kod klijenata sa umerenim početnim očekivanjima efekata tretmana, a da će klijenti sa niskim, ali i preterano visokim specifičnim očekivanjima značajno manje napredovati u postizanju efekata tretmana. Kasniji sporadični nalazi sugeriraju pretežno blagu linearnu pozitivnu povezanost, ali ne u doslednom maniru, što se prevashodno pripisuje metodološkim problemima (Noble et al, 2001). S tim u vezi, naše istraživanje usmereno je na traganje za prirodom povezanosti ovih pojava, koristeći savremene statističke metode.

2.2. CILJEVI

U generalnom teorijskom smislu, cilj našeg istraživanja je davanje doprinosa raspravi o ulozima opštih faktora, konkretno pitanju doprinosa klijentovih opštih i specifičnih očekivanja efikasnosti

tretmana. Da bismo to realizovali, problem našeg istraživanja operacionalizovali smo kroz tri specifična cilja.

Prvi cilj istraživanja odnosi se na proveru pretpostavki o uticaju početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na promenu varijabli ishoda. Očekivano je da u funkciji protoka tretmana dolazi do promena na varijablama ishoda, te da se trend ove promene može predvideti fiksnim vrednostima početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana, i to u maniru kvadratne funkcije. Drugim rečima, očekivano je da će prosečne vrednosti početnih očekivanja ishoda najbolje predviđati promenu u varijablama ishoda, dok će u situaciji visokih i niskih vrednosti početnih očekivanja promene na varijablama ova predikcija izostati. Sledstveno modelima opštih faktora, očekivano je i da će promena, odnosno porast specifičnih očekivanja ishoda tretmana uzrokovati promenu na varijablama ishoda, tačnije porast nivoa pozitivnog afekta i zadovoljstva životom i smanjenje nivoa negativnog afekta i distresa.

Drugi cilj istraživanja odnosi se na proveru pretpostavki o direktnim i indirektnim efektima promene generalnih očekivanja – generalizovane self-efikasnosti i ličnog optimizma u relaciji promene specifičnih očekivanja ishoda tretmana i promene varijabli ishoda tretmana. Pored direktnog efekta promene očekivanja ishoda tretmana na varijable ishoda, očekivano je da se ovaj efekat ostvaruje i indirektno, preko porasta nivoa varijabli generalnih očekivanja.

Treći cilj istraživanja odnosi se na proveru pretpostavke o linearnosti efekta početnog nivoa specifičnih očekivanja ishoda tretmana na relacije opisane u drugom cilju. Naime, očekivano je da će se promene u modelu opisanom u prethodnom cilju dešavati samo kod klijenata sa umerenim početnim nivoom specifičnih očekivanja ishoda tretmana, za razliku od osoba sa visokim i niskim početnim nivoom specifičnih očekivanja, kod kojih će opisane promene izostajati proporcionalno apsolutnoj vrednosti početnih očekivanja.

2.3. HIPOTEZE

Ciljeve našeg istraživanja možemo operacionalizovati kroz sledeće grupe hipoteza.

H 1. Kod ispitanika uključenih u tretman dolazi do statistički značajne promene na svim merenim kontinuiranim varijablama. Polazeći od dosada nadasve brojnih nalaza o apsolutnoj efikasnosti psihoterapije (npr. Smith & Glass, 1977), pretpostavljamo da će u funkciji protoka tretmana doći do promene na merenim varijablama, što predstavlja preduslov ostalim istraživačkim hipotezama.

H 1.1. Dolazi do statistički značajnog smanjenja opšte uznemirenosti u funkciji protoka tretmana.

H 1.2. Dolazi do statistički značajnog smanjenja negativnog afekta u funkciji protoka tretmana.

H 1.3. Dolazi do statistički značajnog povišenja pozitivnog afekta u funkciji protoka tretmana.

H 1.4. Dolazi do statistički značajnog povišenja zadovoljstva životom u funkciji protoka tretmana.

H 1.5. Dolazi do statistički značajnog povišenja ličnog optimizma u funkciji protoka tretmana.

H 1.6. Dolazi do statistički značajnog povišenja generalizovane self-efikasnosti u funkciji protoka tretmana.

H 1.7. Dolazi do statistički značajnog povišenja očekivanja ishoda tretmana u funkciji protoka tretmana.

H 2. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa promenu vrednosti kontinuiranih kriterijumskih varijabli u nelinearnom maniru kvadratne funkcije. Potvrda prediktivne moći početnih očekivanja ishoda u okviru ove grupe hipotezâ dala bi dodatni argument kontekstualnim modelima (npr. Constantino et al., 2011) i istakla važnost ove varijable u terapijskoj praksi, dok bi potvrda kvadratnog tipa povezanosti uvela konceptualna razjašnjenja u nedosledne nalaze koji variraju od naznaka kvadratne relacije (npr. Dimcovic, 2001) do blage linearne ili čak nepostojeće (npr. Noble et al., 2001).

H 2.1. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa smanjenje vrednosti opšte uznemirenosti u maniru pozitivne kvadratne funkcije.

H 2.2. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa smanjenje vrednosti negativnog afekta u maniru pozitivne kvadratne funkcije.

H 2.3. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti pozitivnog afekta u maniru negativne kvadratne funkcije.

H 2.4. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti zadovoljstva životom u maniru negativne kvadratne funkcije.

H 2.5. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti generalizovane self-efikasnosti u maniru negativne kvadratne funkcije.

H 2.6. Nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti ličnog optimizma u maniru negativne kvadratne funkcije.

H 3. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa promenu vrednosti svih merenih kontinuiranih varijabli. Za razliku od istraživača koji ističu važnost početnih očekivanja (npr. DeFife & Hilsenroth, 2011), postoje istraživači koji daleko veći akcenat stavljaju na porastu očekivanja ishoda tretmana kao ključnom agensu promene (npr. Kirsch, 1999). Drugim rečima, očekivano je da će porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđati promenu ostalih merenih varijabli, što bi u praktičnom smislu istaklo neophodnost ne samo procene klijentovih očekivanja ishoda nego i praćenja njihove promene te eventualne manipulacije njima u funkciji postizanja poboljšanja klijentovog stanja.

H 3.1. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa obrnuto proporcionalnu promenu opšte uznemirenosti.

H 3.2. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa obrnuto proporcionalnu promenu negativnog afekta.

H 3.3. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu pozitivnog afekta.

H 3.4. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu zadovoljstva životom.

H 3.5. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu ličnog optimizma.

H 3.6. Promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu generalizovane self-efikasnosti.

H 4. Postoji medijacioni efekat promene generalnih očekivanja u relacijama promene očekivanja ishoda tretmana i promena kriterijumskih varijabli. Ova grupa hipoteza nadovezuje se na prethodnu i odnosi se na mehanizam dejstva promene specifičnih očekivanja ishoda tretmana. Naime, teorijski je očekivano (Frank & Frank, 1991) i empirijski donekle potvrđeno da se promena varijabli ishoda dešava preko porasta varijabli generalnih očekivanja (npr. Swift & Derthick, 2013; Schwarzer 1992; 1999; Dew & Bickman, 2005), uz postojanje nalaza koji relativizuju ove pretpostavke (Beitel et al., 2009). Odgovaranjem na ovu grupu hipoteza doprineli bismo razjašnjavanju dilema da li i u kojoj meri porast specifičnih očekivanja ishoda tretmana ostvaruje svoj uticaj preko aktivacije varijabli generalnih očekivanja, što bi po kontekstualnom modelu bilo očekivano.

H 4.1. Postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja opšte uzmenirenosti.

H 4.2. Postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta.

H 4.3. Postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta pozitivnog afekta.

H 4.4. Postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta zadovoljstva životom.

H 4.5. Postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja opšte uzmenirenosti.

H 4.6. Postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta.

H 4.7. Postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta pozitivnog afekta.

H 4.8. Postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta zadovoljstva životom.

H 5. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktne i indirektno efekte medijacionih modela opisanih u četvrtoj grupi hipoteza. Konačno, ukoliko bismo s jedne strane potvrdili hipoteze iz druge grupe o nelinearnom uticaju početnih očekivanja na

promenu varijabli ishoda, te s druge strane potvrdili efekte promene početnih očekivanja ishoda tretmana na promenu varijabli ishoda direktno i indirektno putem promene varijabli generalnih očekivanja, logično je pretpostaviti da će početna očekivanja ishoda tretmana nelinearno moderirati modele direktnih i indirektnih efekata promene početnih očekivanja na promene varijabli ishoda. Koliko je nama poznato iz pregleda dosadašnje literature, ovim bismo po prvi put istražili prediktivnu moć interakcije početnih specifičnih očekivanja i promene specifičnih očekivanja ishoda tretmana u predikciji funkcionalnosti mehanizma promene teorijski pretpostavljenog kontekstualnim modelom. S tim u vezi očekujemo sledeće.

- H 5.1. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.1.
- H 5.2. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.2.
- H 5.3. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.3.
- H 5.4. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.4.
- H 5.5. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.5.
- H 5.6. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.6.
- H 5.7. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.7.
- H 5.8. Postoji istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.8.

2.4. UZORAK

U realizaciju ovog istraživanja bilo je uključeno ukupno 117 ispitanika koji su se samoinicijativno javili na standardni besplatni psihološki tretman u psihološko savetovalište Centra za ratnu traumu u Novom Sadu u periodu od septembra 2013. do februara 2015. godine. Prosečna starost ispitanika iznosila je 31.83 godina (SD = 11.27; Mod = 25) opsega od 18 do 63 godine. Deskriptivni pokazatelji ovog inicijenlog uzorka mogu se videti u tabeli 2.4.1. Bitno je napomenuti da su u uzorak uključeni ispitanici subkliničke populacije koji su u određenom procentu imali ranijeg iskustva sa psihologom i/li psihijatrom, ali da ne koriste te usluge tokom trajanja tretmana na koji su se prijavili. Ispitanici koji pripadaju kliničkoj populaciji, te ispitanici koji koriste paralelne psihološke ili

psihoterapijske usluge nisu uključeni u istraživanje, ali im tretman nije uskraćen. Uzorak je po svojim karakteristikama prigodan, s obzirom da su se korisnici samoinicijativno javljali na tretman.

Tokom trajanja tretmana, određeni procenat ispitanika odusajao je od tretmana, samim tim i od istraživanja. Trend osipanja uzorka predstavljen je u tabeli 2.4.2.

Od inicijelnog uzorka, 47 je završilo sa tretmanom u trajanju od deset seansi, dok je od njih 36 pristalo da popuni finalni upitnik tri meseca nakon završetka tretmana. Do kraja, naš uzorak okuplja 36 ispitanika, prosečne starosti 31.25 godina (SD = 11.88; Mod = 21) opsega od 19 do 63 godine. Deskriptivni pokazatelji ovog finalnog uzorka takođe su dati u tabeli 2.4.1.

Tabela 2.4.1. Deskriptivni pokazatelji inicijelnog i finalnog uzorka

		Inicijelni uzorak		Finalni uzorak	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Pol</i>	Muški	26	22.2	7	19.4
	Ženski	77	65.8	29	80.6
	NP	14	12.0	0	0
<i>Bračno stanje</i>	Neoženjen / neudata	52	44.0	21	58.3
	U braku	41	35.0	11	30.6
	Razveden/a	8	6.8	4	11.1
	Udovac/udovica	2	1.7	0	0
	NP	14	12.0	0	0
<i>Obrazovanje</i>	Bez škole	2	1.7	0	0
	Osnovna škola	2	1.7	0	0
	Srednja škola	45	38.5	14	38.9
	Student/kinja	14	12.0	9	25.0
	Fakultet	40	34.2	13	36.1
	NP	14	12.0	0	0
<i>Zaposlenje</i>	Nezaposlen/a	52	44.4	22	61.1
	Povremeni posao	41	35.0	11	30.6
	Zaposlen/a	8	6.8	2	5.6
	Penzioner/ka	2	1.7	1	2.8
	NP	14	12.0	0	0
<i>Prethodno iskustvo sa psihologom</i>	Ima	51	43.6	23	63.9
	Nema	52	44.4	13	36.1
	NP	14	12.0	0	0
<i>Prethodno iskustvo sa psihijatrom</i>	Ima	55	47.0	18	50.0
	Nema	48	41.0	18	50.0
	NP	14	12.0	0	0

Napomena: *N* = broj ispitanika; % = procenat ispitanika u poređenju sa pripadajućim uzorkom; *NP* = nedostajući podatak

Tabela 2.4.2. *Trend osipanja uzorka u istraživanju*

	<i>Preostali uzorak</i>		<i>Osut uzorak</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>C %</i>
Inicijelni uzorak	117	100	0	0	0
Između 1. i 2. merenja	102	87.2	15	12.8	12.8
Između 2. i 3. merenja	88	75.2	14	12.0	24.8
Između 3. i 4. merenja	65	55.6	23	19.7	44.4
Između 4. i 5. merenja	47	40.2	18	15.4	59.8
Između 5. i 6. merenja	36	30.8	11	9.4	69.2

Napomena: *N* = broj ispitanika; *%* = procenat ispitanika u poređenju sa inicijelnim uzorkom; *C %* = kumulativni procenat osutih ispitanika

2.5. PROCEDURA

Istraživanje je sprovedeno sa 117 korisnika usluga Psihološkog savetovališta Centra za ratnu traumu (CZRT) u Novom Sadu. Usluge savetovanja u CZRT su besplatne i dostupne opštoj populaciji. Savetovalište CZRT je neprofitna nevladina organizacija u kojoj je tokom trajanja istraživanja usluge psihološkog savetovanja pružalo 19 psiholoških savetnika sa zvanjem psihoterapeuta ili minimalno edukanta na završnoj godini edukacije neke psihoterapijske škole. Od 19 savetnika uključenih u istraživanje, 7 je navelo REBT kao teorijski modalitet u okviru kog rade sa klijentima, 8 je navelo transakcionu analizu, 2 geštalt psihoterapiju, dok su 2 savetnika svoj teorijski okvir opisali kao integrativni. Varijacije savetnika u broju klijenata sa kojima su radili kako u inicijelnom tako i u finalnom uzorku moguće je videti u tabeli 2.5.1.

Tabela 2.5.1. *Zastupljenost pojedinačnih savetnika u istraživanju*

<i>Savetnik</i>	<i>NIU</i>	<i>%IU</i>	<i>NFU</i>	<i>%FU</i>	<i>TO</i>
Odustali pre susreta	15	12.8	0	0	
1	5	4.3	3	8.3	REBT
2	8	6.8	3	8.3	Integrativni
3	3	2.6	0	0	Transakcioni
4	7	6.0	1	2.8	Transakcioni
5	9	7.7	4	11.1	Geštalt
6	9	7.7	4	11.1	Integrativni
7	4	3.4	1	2.8	Transakcioni
8	6	5.1	4	11.1	Geštalt
9	4	3.4	1	2.8	Transakcioni
10	3	2.6	2	5.6	REBT
11	3	2.6	1	2.8	REBT
12	6	5.1	1	2.8	Transakcioni
13	4	3.4	1	2.8	Transakcioni
14	5	4.3	1	2.8	Transakcioni

15	7	6.0	4	11.1	REBT
16	4	3.4	1	2.8	Transakcioni
17	2	1.7	2	5.6	REBT
18	4	3.4	1	2.8	REBT
19	9	7.7	1	2.8	REBT

Napomena: NIU = broj ispitanika u inicijelnom uzorku; %IU = procenat ispitanika u inicijelnom uzorku; NFU = broj ispitanika u finalnom uzorku; %FU = procenat ispitanika u finalnom uzorku; TO = teorijska orijentacija savetnika

Usluge savetovališta pružale su se u dve faze. U prvoj fazi korisnik, koji se samoinicijativno javio ili je bio upućen u Savetovalište, pozvan je na inicijelni sastanak sa dijagnostičkim timom Savetovališta na kojem se sprovodila psihološka procena problema zbog kog se korisnik javio. Važno je napomenuti da je dijagnostičkom timu data precizna instrukcija da na inicijelnom susretu sa korisnikom ne primenjuju nikakve terapijske intervencije. Takođe, instruisani su da se ne bave opisom predstojećeg tretmana niti da daju bilo kakve terapijske racionalne, izuzev tehničkog obaveštenja korisniku da je upisan na listu čekanja te da će se o svim detaljima obavestiti kod svog savetnika na prvom susretu sa njime. Korisnici čiji je problem, odnosno povod javljanja od strane dijagnostičkog tima bio procenjen kao relevantan ali subklinički, uključeni su u istraživanje. Korisnici čiji je problem kliničkog intenziteta, te u trenutku procene koriste usluge psihijatra ili pohađaju alternativni psihoterapijski tretman uključeni su u odgovarajuće procedure Savetovališta, ali ne i u naše istraživanje. Ova odluka je za svakog pojedinačnog korisnika usluga Savetovališta konsenzusom donosio dijagnostički tim Savetovališta. Nakon inicijelnog jednokratnog susreta u trajanju od oko dva sata, korisnici su bili upisani u listu čekanja do prvog slobodnog termina kod jednog od savetnika. U zavisnosti od zauzetosti terminâ savetnikâ, korisnici su čekali predstojeću uslugu psihološkog savetovanja između jedne i tri nedelje. Kada se pomenuti termin oslobodio, svaki pojedinačni korisnik bio je pozvan na individualno savetovanje kod prvog slobodnog slobodnog savetnika. Procedura dodeljivanja korisnika savetnicima odvijala se po listi čekanja i nikakvom drugačijom pravilnošću.

Nezavisno od teorijskog modaliteta kojim se pojedinačni savetnici rukovode u svom savetodavnom radu, politika Savetovališta je da svakom korisniku omogući uslugu od deset jednosatnih susreta sa savetnikom, po jednu seansu nedeljno, uz mogućnost produžetka savetodavnog rada sa maksimalno deset dodatnih seansi ukoliko tretman nije dao očekivane efekte u prethodnoj fazi. Sledeći politiku Savetovališta, svim ispitanicima uključenim u uzorak bio je omogućen individualni savetodavni tretman u trajanju od 10 seansi. Ukoliko je korisnik nakon opisanog tretmana osećao potrebu za nastavkom tretmana, te je taj tretman i bio nastavljen, isključen je iz uzorka našeg istraživanja. Tokom istraživanja bilo je ukupno četiri ovakva slučaja, te su njihovi istraživački protokoli sa svim do tada prikupljenim podacima izuzeti iz istraživanja.

Tokom inicijelnog susreta sa dijagnostičkim timom, ispitanici su okvirno informisani o istraživanju i potrebama za samoopisnim praćenjem eventualnih promena, bez upućivanja u problem i ciljeve istraživanja. Na istom susretu, ispitanicima su objašnjena načela dobrovoljnosti i anonimnosti, te im je ponuđeno da potpišu informisanu saglasnost datu u Prilogu 2. Baterije instrumenata bile su

primenjene ukupno šest puta i to sledećom dinamikom. Inicijalna baterija (u daljem tekstu prvo merenje) primenjena je prilikom prvog sastanka korisnika sa dijagnostičkim timom Savetovaništva. Kako bismo stekli uvid u stabilnost korisnikovog stanja i eventualne promene nastale u periodu između inicijelnog susreta i početka tretmana, sledeća baterija instrumenata primenjena je neposredno pre prve tretmanske seanse (drugo merenje). Nakon toga baterije su zadavane posle treće (treće merenje) i šeste terapijske seanse (četvrto merenje), te na kraju tretmana odnosno nakon desete seanse (peto merenje). Da bismo stekli uvid u stabilnost efekata postignutih tretmanom, 47 korisnika koji su uspešno priveli tretman kraju kontaktirano je sa ciljem da popune poslednju testovnu bateriju (šesto merenje), a pozivu se odazvalo njih 36. Struktura baterija primenjenih u svakom pojedinačnom merenju data je u tabeli 2.5.2, a instrumenti pomenuti u njoj opisani su u sledećem odeljku, te dati u celosti u prilogu 3.

Tabela 2.5.2. *Struktura primenjenih baterijâ instrumenata*

<i>Instrument</i>	<i>Merenje</i>					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Upitnik osnovnih podataka	X					
ACES	X	X	X	X		
DASS	X	X	X	X	X	X
SIAB - PANAS	X	X	X	X	X	X
SWLS	X		X	X	X	X
SGSE	X		X	X	X	X
PO	X		X	X	X	X

2.6. INSTRUMENTI

Lista osnovnih podataka konstruisana je za potrebe ovog istraživanja. Sadrži pitanja o osnovnim demografskim karakteristikama ispitanika, te pitanja dihotomne forme o dosadašnjem korišćenju usluga psihologa i psihijatra. Lista je data u celosti u prilogu 3.1.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa – 21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) je instrument namenjen merenju aktuelnog distresa, sledeći tripartitni model Clarka i Watsona (1991). Obuhvata tri subskale od kojih svaka sadrži po 7 stavki – *Depresivnost* (npr. „*Osećao sam da nemam čemu da se nadam.*“), *Anksioznost* (npr. „*Osećao sam se uplašeno bez razloga.*“) i *Stres* (npr. „*Primetio sam da se nerviram.*“), teorijskog raspona sumativnog skora od 0 do 21. Takođe, skala omogućuje i formiranje ukupnog skora teorijskog raspona od 0 do 63 koji indikuje ispitanikov nivo opšte uznemirenosti. Ispitanici na četvorostepenoj skali Likertovog tipa od 0 (nimalo) do 3 (uglavnom ili skoro uvek) procenjuju kako su se u poslednjih nedelju dana osećali na način opisan u

ajtemima. Skala je prevedena na više od 25 jezika i u dosadašnjim istraživanjima je demonstrirala odlične psihometrijske karakteristike (Jovanović, Gavrilov-Jerković, Žuljević i Brdarić, 2014). Prilikom primene na velikim normativnim uzorcima kao i uzorcima hospitalnih i ambulantnih pacijenata, skala je demonstrirala zavidan nivo primenjivosti u evaluaciji tretmana (Ronk, Korman, Hooke, & Page, 2013). Prilikom primene prevoda na naš jezik, skala je takođe pokazala odlične psihometrijske karakteristike kako na studentskom (Jovanović et al., 2014) tako i na uzorku adolescenata (Jovanović, Žuljević i Brdarić, 2011). U ovom istraživanju, visoki koeficijenti interne konzistencije instrumenta na inicijelnom merenju skladu su sa navedenim studijama kako za ukupan skor ($\alpha = .92$; $M = 28.23$, $SD = 12.30$) tako i za subskele depresivnosti ($\alpha = .87$; $M = 7.97$, $SD = 5.02$) anksioznosti ($\alpha = .82$; $M = 8.07$, $SD = 4.93$) i stresa ($\alpha = .84$; $M = 12.20$, $SD = 4.53$), a u svakom sledećem merenju vrednosti prosečnih postignuća dosledno opadaju (Prilog 1. Tabela 4.1.1.). U našem istraživanju koristili smo samo ukupni skor instrumenta. Skala je u javnom domenu i data je u prilogu 3.3.

Srpski Inventar Afekta baziran na Positive and Negative Affect Schedule-X (SIAB-PANAS; Novović i Mihić, 2008) predstavlja srpski prevod i adaptaciju instrumenta Inventara pozitivnog i negativnog afekta - X (PANAS-X; Watson & Clark, 1994). Inventar se sastoji od 20 prideva koji jednom rečju opisuju emocionalna stanja - 10 pozitivnih i 10 negativnih. Ispitanik uz svaki od njih naznačava koliko učestalo je u proteklih nedelju dana osećao navedeno emocionalno stanje u skladu sa petostepenom Likertovom skalom od 1 (nikada ili skoro nikada) do 5 (uvek ili skoro uvek). Skala omogućuje dva sumativna skora teorijskog raspona od 10 do 50 koji indikuju intenzitet doživljenog pozitivnog i negativnog afekta u navedenom vremenskom periodu. U prethodnim istraživanjima, instrument je pokazao odlične psihometrijske karakteristike (Novović, Mihić, Tovilović, i Jovanović, 2008). U našem istraživanju u inicijelnom merenju korišćena je dispoziciona verzija instrumenta gde su ispitanici u uputstvu instruisani da odgovaraju u skladu sa time kako se generalno osećaju, dok su u ostalim merenjima odgovarali kako su se osećali u prethodnih nedelju dana. Koeficijenti interne konzistencije na inicijelnom merenju visoki su kako za subskalu pozitivnog ($\alpha = .87$, $M = 30.34$, $SD = 6.20$) tako i za subskalu negativnog afekta ($\alpha = .82$, $M = 30.41$, $SD = 5.65$), a promene u ovim vrednostima date su u prilogu (prilog 1., tabela 4.1.1). Skala je u javnom domenu i data u celosti u prilogu 3.5.

Skala zadovoljstva životom (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) je korišćena za procenu zadovoljstva životom. SWLS je jednokomponentni instrument koji se sastoji od 5 stavki (npr. „Zadovoljan sam svojim životom.”) na koje se odgovara na petostepenoj Likertovoj skali od 1 (potpuno netačno), do 7 (potpuno tačno). Omogućuje jedinstveni sumativni skor teorijskog raspona od 5 do 35. U dosadašnjim istraživanjima skala je demonstrirala identičnu strukturu i odlične psihometrijske karakteristike na različitim uzorcima (Pavot & Diener, 1993). Takođe, prevod skale na srpski jezik pokazao je umereno visoke korelacije sa merama blagostanja, očekivan raspon sumativnih skorova i adekvatnu pouzdanost (Gavrilov-Jerković, Jovanović, Žuljević, & Brdarić, 2014; Jovanović et al., 2014). U ovom istraživanju, interna konzistentnost skale izražena Cronbachovim koeficijentom

je visoka kako na inicijelnom ($\alpha = .85$) tako i na svim sledećim merenjima, dok prosečno postignuće počev od inicijelnog merenja ($M = 17.66$, $SD = 6.46$) u svakom sledećem pokazuje tendenciju rasta (prilog 1., tabela 4.1.1). Skala je u javnom domenu i u celosti data u prilogu 3.4.

Skala generalizovane self-efikasnosti (SGSE; Schwarzer & Jerusalem, 1995) korišćena je za procenu ispitanikovog doživljaja self-efikasnosti. Ovaj jednodimenzionalni instrument sastoji se iz 10 stavki namenjenih merenju generalnog doživljaja self-efikasnosti (npr. „*Siguran sam da mogu uspešno da izađem na kraj sa neočekivanim događajima.*”) na koje se odgovara na četvorostepenoj Likertovoj skali od 0 (potpuno netačno), do 3 (potpuno tačno). Skala obezbeđuje jedinstveni sumativni skor teorijskog raspona od 0 do 30. Do sada je prevedena na 33 jezika, a na 25 nacionalnih uzoraka demonstrirala je identičnu strukturu i odlične psihometrijske karakteristike (Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud, & Schwarzer, 2002). Iste odlike demonstrirao je i prevod skale na srpski jezik (Gavrilov-Jerković, Jovanović, Žuljević, & Brdarić, 2014; Kostić i Nedeljković, 2012). U ovom istraživanju, pouzdanost skale je visoka na inicijelnom ($\alpha = .90$) i svim kasnijim merenjima, a prosečno postignuće počev od inicijelnog ($M = 14.94$, $SD = 6.01$) takođe raste u svakom sledećem merenju (prilog 1., tabela 4.1.1). Skala je u javnom domenu i data je u celosti u prilogu 3.6.

Skala ličnog optimizma (PO; Schewizer & Koch, 2001) korišćena je za procenu ispitanikovih generalnih očekivanja, odnosno dispozicionog personalnog optimizma. Ova skala predstavlja subskalu Proširenog upitnika za procenu ličnog i socijalnog optimizma (POSO - E; Schweizer & Koch, 2001), prevedenog i adaptiranog na srpski jezik uz dozvolu i konsultacije autorâ instrumenta. Sastoji se iz 8 stavki četvorostepenog Likertovog tipa na kojima ispitanik indikuje stepen slaganja sa tvrdnjama odgovarajući u rasponu od 1 (potpuno netačno) do 4 (potpuno tačno). Četiri ajtema indikuju optimizam (npr. „*Verujem u sopstveni uspeh.*”), dok su ostalih četiri obrnutog smera, indikujući pesimizam (npr. „*Često sve vidim crno.*”). Autori instrumenta predlažu rekodiranje svih ajtema u pozitivan smer i formiranje sumativnog skora teorijskog opsega od 4 do 32 koji indikuju izraženost dispozicionog optimizma. Instrument u stvari omogućuje i formiranje dva skora teorijskog opsega od 4 do 16 koji indikuju izraženost kako optimizma tako i pesimizma, za šta su utemeljenje može naći u nalazima koji sugerišu da su ova dva konstrukta veoma bliska i visoko negativno korelirana ali ipak odvojena (npr. Scheier, Carver, & Bridges, 2001). U primeni originalnog instrumenta autori izveštavaju o zadovoljavajućoj pouzdanosti subskale u celosti (Schewizer & Koch, 2001), dok kasnije analize ove subskale u kontekstu teorije stavskog odgovora sugerišu da je upravo zbog suprotnog smera 4 ajtema skala najprikladnija za primenu na uzorku osoba sa niskom do umerenom izraženošću dispozicionog optimizma, među koje spadaju i klinička i subklinička populacija (Rauch, Schweizer, & Moosbrugger, 2008). Primenjujući srpski prevod skale, potvrđena je zadovoljavajuća pouzdanost celokupne subskale, uprkos strukturalnim manjkavostima (Gavrilov-Jerković et al, 2014). U ovom istraživanju, pouzdanost je u inicijelnom merenju visoka ($\alpha = .84$) što se u značajnoj meri ne kompromituje na sledećim merenjima, a prosečno postignuće počev od inicijelnog merenja ($M = 21.82$, $SD = 4.32$) raste u svakom sledećem merenju (prilog 1., tabela 4.1.1). Prevod skale je primenjen uz dozvolu autora. Skala je data u celosti u prilogu 3.7.

Skala očekivanja promene (ACES; Dozois & Westra, 2005) je instrument originalno zamišljen da meri očekivanja klijenta povodom promene anksioznog stanja zbog kog se nalazi na nekakvoj formi psihološkog tretmana. Instrument se sastoji od 20 ajtema (npr. „*Sumnjam da se moji problemi ikada mogu promeniti nabolje.*” ili „*Ako se budem dovoljno trudio, mogu pozitivno uticati na moje probleme.*”) na koje ispitanici odgovaraju označavajući stepen slaganja sa navedenim tvrdnjama na petostepenoj skali Likertovog tipa od 1 (uopšte se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Nakon rekodiranja 11 ajtema u smeru pozitivnih očekivanja promene, instrument obezbeđuje jedinstveni sumativni skor teorijskog raspona od 20 do 100 indikujući stepen očekivanja pozitivne promene stanja zbog kog ispitanik učestvuje u psihološkom tretmanu. U seriji analizâ na kliničkim i nekliničkim uzorcima, instrument je demonstrirao visoku internu konzistentnost, konvergentnu i konstrukt validnost, te visoku prediktivnu moć u predviđanju promene podstaknute psihološkim tretmanom (Weems, 2006; Westra, Dozois, & Marcus, 2007). Prevod na srpski jezik i adaptaciju skale uradio je autor ovog rada uz saglasnost i superviziju autora originalnog instrumenta. Adaptacija originalnog instrumenta sastoji se u tome što je u sadržaju ajtema koji eksplicitno referiraju na problem sa anksioznošću i očekivanje njegove promene, izbegnuta uska specifikacija emocionalnog problema, te u prevodu ajtemi referiraju uopšteno na emocionalni problem zbog kog klijent dolazi na psihološki tretman. Tako na primer adaptiran prevod ajtema 5 glasi „*Moji problemi su suviše teški da bi se umanjili tretmanom*”, dok bi dosledan prevod glasio „*Moji problemi sa anksioznošću su suviše teški da bi se umanjili tretmanom*”. Nakon konsultacija sa autorom skale, odlučili smo se za primenu adaptirane verzije. Autori instrumenta nešto kasnije takođe adaptiraju instrument na identičan način, prilagodivši ga populaciji koja pati od depresivnih simptoma prostim menjanjem prideva koji referiraju na anksioznost pridevima koji se odnose na depresivnost, te dobijaju gotovo identične strukturalne i psihometrijske pokazatelje (Eddington, Dozois, & Backs-Dermott, 2014), indirektno implicirajući da skala svoje kvalitete pokazuje nezavisno od tipa problema povodom kog klijent očekuje promenu podstaknutu psihološkim tretmanom. U ovom istraživanju, skala na inicijelnom merenju demonstrira visoku pouzdanost ($\alpha = .90$, $M = 76.72$, $SD = 12.67$), dok pri svakom narednom merenju prosečna postignuća i pouzdanost rastu (prilog 1., tabela 4.1.1). Skala je u celosti data u prilogu 3.2.

2.7. OBRADA PODATAKA

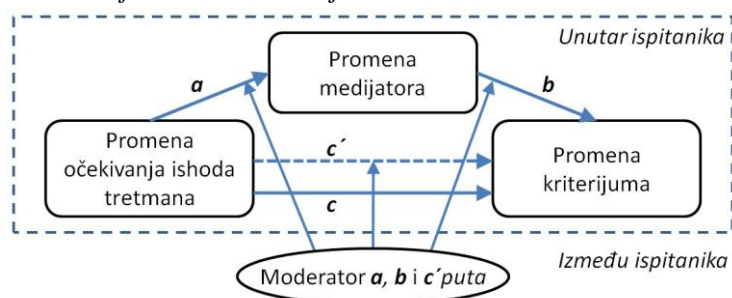
Za obradu podataka koji se tiču opisnih pokazatelja uzorka, provere interne konzistencije korišćenih instrumenata, te poređenja i korelacija sumativnih skorova varijabli u merenjima i modelima, koristili smo program IBM SPSS za Windows, verzija 22, trajno licenciran za grupnu upotrebu pod brojem 729216.

S obzirom da standardne metode linearne regresije i analize puta nisu pogodne za analizu učestalih ponovljenih merenja prevashodno zbog toga što je jedna od njihovih osnovnih pretpostavki -

nezavisnost merenja odnosno nepostojanje sistemskih korelacija grešaka merenja narušena (Raudenbush & Bryk, 2002), za obradu podataka koristili smo hijerarhijski linearni model mešovityh efekata, odnosno robustnu procenu metodom maksimalne verodostojnosti regresionih puteva. Osnovna prednost ovih multilevel modela je u tome što, osim nepostojanja nužnosti normalne distribucije skorova kriterijumske varijable, oni uzimaju u obzir i autokorelacije rezultata ponovljenih merenja na nivou pojedinačnog ispitanika putem evaluacije nasumičnih efekata (Bauer, Preacher, & Gil, 2006). Modul generalnih linearnih modela ovog programa korišćen je za proveru hipoteza o prediktivnoj moći fiksne i kvadrirane vrednosti početnih očekivanja na promenu varijabli ishoda. Za testiranje hipoteza grupisanih u okviru prvog cilja istraživanja koristili smo model medijacije nižeg nivoa efekata, odnosno takozvani 1→1→1 model (Kenny, Korchmaros, & Bolger, 2003) koji podrazumevaju da su sve varijable u modelu istog nivoa, odnosno da su ponovljena merenja u okviru pojedinačnih slučajeva. Modeli su testirani u okviru statističkog programa Mplus za Windows, verzija 7.31, licenciranog za pojedinačnu upotrebu pod brojem STBC70029115. Za izračunavanje intervala pouzdanosti za nasumične indirektno efekte u medijacionim modelima korišćen je statistički paket R za Windows, verzija 3.2.1. Program je u javnom domenu.

Za potrebe testiranja hipoteza o postojanju promene na merenim varijablama u funkciji vremena, te hipoteza grupisanih u okviru drugog cilja istraživanja, korišćen je program Mplus za Windows, verzija 7.31. Za provere hipoteza o kvantitetu i raznolikosti ostvarenih promena korišćene su sintakse za analizu krive latentnog rasta (Muthén, & Muthén, 2012). Da bismo proverili potencijalni linearni i nelinearni moderacioni uticaj početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na prediktivne puteve u testiranim modelima, sproveli smo seriju analizâ moderacije multilevel medijacionih modela (slika 2.7.1). Za potrebe ovih analiza, postojeća sintaksa programa Mplus za analizu moderirane multilevel medijacije (Bauer, Preacher, & Gil, 2006) koja obuhvata samo linearne vrednosti moderatorske varijable dopunjena je kodom koji povrh linearne testira eksplanatornu moć kvadrirane vrednosti moderatora, uz prethodnu konsultaciju i saglasnost autora programa. Sintaksa je u celosti data u prilogu 4.

Slika 2.7.1. *Moderacija multilevel medijacionih modela*



2.8. REZULTATI I ANALIZA

2.8.1. Osnovni pokazatelji postignuća inicijelnog i konačnog uzorka na merenim varijablama

Već na osnovu najjednostavnijeg pregleda prosečnih postignuća ispitanika na varijablama u istraživanju možemo preliminarno primetiti da do promene u funkciji protoka tretmana dolazi i to u očekivanim smerovima (Tabela 2.8.1). Prosečne vrednosti postignuća na varijablama opšte uznemirenosti i negativnog afekta dosledno opadaju u odnosu na inicijelno merenje sa svakim sledećim merenjem, dok varijable zadovoljstva životom i pozitivnog afekta dosledno rastu. Isto je i sa varijablama očekivanja ishoda tretmana kao i ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti koje dosledno rastu. Ove pravilnosti primetne su kako na finalnom uzorku ispitanika, tako i na celokupnom uzorku ispitanika koji se sa svakim merenjem osipa po goreopisanom trendu. Takođe, u tabeli 2.8.1 možemo videti da po sporadičnim značajnim parametrima spljoštenosti i zakrivljenosti, distribucije sumativnih skorova pojedinih merenih varijabli značajno odstupaju od normalne, što je najvidljivije na primerima pozitivne zakrivljenosti varijable generalne uznemirenosti, te negativne zakrivljenosti očekivanja ishoda tretmana. Izuzetak je varijabla pozitivnog afekta, čiji se sumativni skorovi distribuiraju normalno nezavisno od merenja i veličine uzorka.

Tabela 2.8.1. Osnovni pokazatelji postignuća inicijelnog i konačnog uzorka na merenim varijablama

Varijabla	Merenje										
	1.		2.		3.		4.		5.		6.
	CU N=117	FU N=36	CU N=102	FU N=36	CU N=88	FU N=36	CU N=65	FU N=36	CU N=47	FU N=36	CU=FU N=36
<i>Očekivanje ishoda tretmana</i>											
<i>M</i>	76.72	78.25	77.14	79.50	78.89	82.72	83.72	85.53	-	-	-
<i>SD</i>	12.67	13.96	13.23	14.46	13.94	13.76	12.55	12.13	-	-	-
<i>Sk</i>	-.54	-.66	-.26	-.44	-.47	-.88	-.51	-.59	-	-	-
<i>Ku</i>	.33	.45	-.61	-.36	-.79	-.13	-.97	-.83	-	-	-
<i>Generalna uznemirenost</i>											
<i>M</i>	28.23	27.09	22.31	19.94	19.58	16.97	16.06	15.00	14.98	13.83	14.03
<i>SD</i>	12.30	12.92	12.30	12.93	10.78	11.55	10.78	10.97	14.89	12.28	13.11
<i>Sk</i>	.11	.33	.38	.52	.59	1.07	.63	.87	.58	.74	1.01
<i>Ku</i>	-.94	-.81	-.66	-.74	-.04	1.12	-.05	.76	-.81	-.65	-.10
<i>Negativni afekat</i>											
<i>M</i>	30.41	28.56	27.09	26.33	27.57	24.39	23.08	22.00	20.96	20.67	20.64
<i>SD</i>	5.65	6.01	7.62	8.52	7.72	8.83	7.84	8.27	8.65	9.34	9.10
<i>Sk</i>	-.07	-.29	-.23	-.14	.07	.42	.19	.38	.65	.70	.82
<i>Ku</i>	-.11	-.85	-.49	-.78	-.38	-.15	-1.06	-1.14	-.52	-.67	-.62
<i>Pozitivni afekat</i>											

<i>M</i>	30.34	31.28	29.18	30.17	30.41	31.28	32.77	32.92	33.55	34.56	35.89
<i>SD</i>	6.20	5.66	7.64	6.76	7.84	7.96	8.02	8.56	7.65	7.83	8.75
<i>Sk</i>	-.26	-.32	.32	.07	-.06	.04	.12	.05	.16	-.07	-.62
<i>Ku</i>	-.18	-.62	-.20	.69	.37	-.22	-.29	-.04	-.62	-.44	-.15
<i>Zadovoljstvo životom</i>											
<i>M</i>	17.66	19.06	-	-	18.92	20.06	21.29	21.22	22.45	23.11	23.35
<i>SD</i>	6.46	7.04	-	-	6.42	6.85	6.27	6.82	5.83	6.16	6.09
<i>Sk</i>	-.04	-.05	-	-	-.12	-.42	-.43	-.48	-.47	-.71	-.50
<i>Ku</i>	-.72	-1.10	-	-	-.56	-.54	-.05	-.13	-.26	.01	-.43
<i>Generalizovana self-efikasnost</i>											
<i>M</i>	14.94	15.28	-	-	15.68	16.75	18.03	17.83	20.87	21.31	22.05
<i>SD</i>	6.01	5.79	-	-	6.02	5.62	6.08	5.81	5.42	5.66	5.06
<i>Sk</i>	-.54	.23	-	-	-.14	-.36	.10	.31	-.31	-.38	-.41
<i>Ku</i>	.20	-.41	-	-	-.11	1.19	-.75	-.62	-.80	-.95	-1.04
<i>Lični optimizam</i>											
<i>M</i>	21.82	22.42	-	-	22.58	23.78	24.72	25.03	25.19	25.81	26.44
<i>SD</i>	4.32	4.64	-	-	4.98	4.82	4.22	4.17	4.11	3.87	4.05
<i>Sk</i>	.12	-.77	-	-	-.41	-.59	-.25	-.31	-.44	-.54	-1.07
<i>Ku</i>	-.39	-.19	-	-	.06	-.84	-.37	-.04	-.74	-.56	.41

Napomena: *N* = veličina uzorka; *CU* = kompletni uzorak na datom merenju; *FU* = postignuće ispitanika preostalih u finalnom uzorku na datom merenju; *M* = aritmetička sredina; *SD* = standardna devijacija; *Sk* = koeficijent zakrivljenosti distribucije; *Ku* = koeficijent spljoštenosti distribucije; **Podebljani** su pokazatelji značajni na osnovu intervala pouzdanosti od 95% određenih na osnovu 1000 nasumično generisanih setova podataka

2.8.2. Specifičnosti osipanja uzorka

Da bismo proverili eventualne pravilnosti u osipanju uzorka u funkciji merenja na grupnom nivou, sproveli smo seriju T testova za nezavisne uzorke i analizâ varijanse sa vremenom osipanja kao grupišuom varijablom.

Tabela 2.8.2. Razlike u aritmetičkim sredinama osutog i preostalog uzorka na merenjima nakon kojih su odustali od tretmana

<i>X</i>	<i>Uzorak osut nakon X merenja</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>No : Np</i>	15 : 102	14 : 88	22 : 65	18 : 47	11 : 36
<i>Opšta uzmenirenost</i>	.42	-.57	1.39	-.33	1.11
<i>Negativni afekat</i>	-.15	1.63	1.77	-.05	3.51
<i>Pozitivni afekat</i>	-.71	-.40	-2.28*	1.18	-1.65
<i>Zadovoljstvo životom</i>	-.50	-	-2.71**	.78	-1.38
<i>Lični optimizam</i>	-.31	-	-2.59**	.79	-1.5
<i>Generalizovana self-efikasnost</i>	.45	-	-2.91**	1.98*	-.99
<i>Očekivanja ishoda tretmana</i>	.51	-.01	-2.09*	.21	-

Napomena: *X* = broj merenja; *No* = veličina osutog uzorka; *Np* = veličina preostalog uzorka; *p* <.05*; *p* <.01**

U tabeli 2.8.2 dat je pregled razlikâ u aritmetičkim sredinama osutih uzoraka nakon svakog merenja sa uzorkom preostalim u istraživanju. Možemo videti da nema značajnih razlikâ aritmetičkih sredinâ u svim osutim uzorcima sa preostalim uzorkom u vrednostima opšte uznemirenosti i negativnog afekta. Zanimljivo, jedine značajne vrednosti T statistika javljaju se u poređenju nivoa zavisnih varijabli u trećem merenju, odnosno nakon treće tretmanske seanse. Naime, ispitanici koji odustaju od tretmana nakon treće seanse pokazuju statistički značajno niže vrednosti pozitivnog afekta i zadovoljstva životom, te opštih i specifičnih očekivanja, dok na varijablama opšte uznemirenosti i negativnog afekta ove razlike nisu vidljive. S druge strane, relativno skromne razlike na granicama statističke značajnosti ostvaruju ispitanici odustali nakon šeste seanse, i to u smeru većeg poboljšanja stanja, odnosno značajno viših vrednost generalizovane self-efikasnosti u poređenju sa preostalim uzorkom.

Opisane razlike dosledne su i još vidljivije kada se među sobom uporede delovi uzorka osutog nakon svakog pojedinačnog merenja (tabela 2.8.3). Vidimo da se osobe odustale od tretmana nakon treće seanse značajno razlikuju od osoba koje odustaju od tretmana nakon prve i šeste seanse, odnosno nakon drugog i četvrtog merenja, takođe u značajno nižim vrednostima pozitivnog afekta i zadovoljstva životom, te opštih i specifičnih očekivanja. Jednako, ispitanici odustali nakon treće seanse pokazuju statistički značajno niži nivo specifičnih očekivanja od ispitanika koji odustaju nakon prvog, drugog i četvrtog merenja. Među ostalim osutim uzorcima nema statistički značajne razlike u aritmetičkim sredinama merenih varijabli. Jednostavno rečeno, možemo pretpostaviti da nakon treće tretmanske seanse od učešća u tretmanu pretežno odustaju ispitanici koji ne osećaju poboljšanje, dok je nakon šeste tretmanske seanse upravo suprotno - odustaju ispitanici koji osećaju poboljšanje te postoji šansa da osećaju kako im tretman više nije potreban.

Tabela 2.8.3. Razlike u aritmetičkim sredinama osutih uzoraka na merenjima nakon kojih su odustali od tretmana

X		Uzorak osut nakon X merenja			
		2 N = 14	3 N = 22	4 N = 18	5 N = 11
1 N = 15	Opšta uzmenirenost	-1.84	1.40	1.53	2.22
	Negativni afekat	-1.33	-1.47	-1.69	-.38
	Pozitivni afekat	-3.75	1.29	-1.10	-.48
	Zadovoljstvo životom	4.35	.98	-2.11	-4.06
	Lični optimizam	-1.04	1.5	-.39	-1.41
	Generalizovana self-efikasnost	-.13	3.15	-.38	.29
	Očekivanja ishoda tretmana	3.78	6.11**	-.81	5.23
2 N = 14	Opšta uzmenirenost	0	-6.05**	-1.22	-3.71
	Negativni afekat	0	-2.71	.15	-1.39
	Pozitivni afekat	0	5.59**	6.28**	5.10

	<i>Zadovoljstvo životom</i>	-	-	-	-
	<i>Lični optimizam</i>	-	-	-	-
	<i>Generalizovana self-efikasnost</i>	-	-	-	-
	<i>Očekivanja ishoda tretmana</i>	0	5.50**	-1.57	-1.57
3	<i>Opšta uzmenirenost</i>	-	0	4.15	-3.14
<i>N = 22</i>	<i>Negativni afekat</i>	-	0	4.61*	-.83
	<i>Pozitivni afekat</i>	-	0	-7.08**	-.29
	<i>Zadovoljstvo životom</i>	-	0	-4.06*	-3.63
	<i>Lični optimizam</i>	-	0	-3.84*	-.55
	<i>Generalizovana self-efikasnost</i>	-	0	-5.51**	-2.27
	<i>Očekivanja ishoda tretmana</i>	-	0	-5.73**	-2.37
4	<i>Opšta uzmenirenost</i>	-	-	0	-1.35
<i>N = 18</i>	<i>Negativni afekat</i>	-	-	0	-1.37
	<i>Pozitivni afekat</i>	-	-	0	2.03
	<i>Zadovoljstvo životom</i>	-	-	0	1.10
	<i>Lični optimizam</i>	-	-	0	1.72
	<i>Generalizovana self-efikasnost</i>	-	-	0	2.43
	<i>Očekivanja ishoda tretmana</i>	-	-	0	1.23

Napomena: X = broj merenja; N = veličina osutog uzorka; p <.05; p <.01***

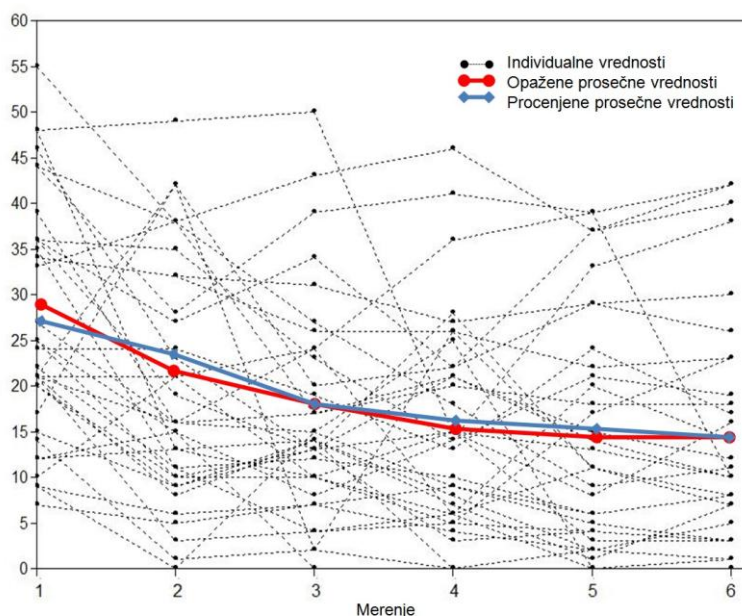
2.8.3. Analize značajnosti postignute promene krivama latentnog rasta

Da bismo odgovorili na pitanje postoji li uopšte statistički značajna promena u vrednostima merenih kontinuiranih varijabli u pretpostavljenim modelima u funkciji protoka tretmana, primenjeno je sedam nezavisnih analiza latentnog rasta. S obzirom na kompromitovanu normalnost distribucije varijabli (tabela 2.8.1), koristili smo robustnu metodu maksimalne verodostojnosti (Sattora & Bentler, 1994). Zbog potencijalnog nelinearnog rasta zavisnih varijabli, u modele je povrh endogenih varijabli intercepta i nagiba krive uvrštena i kvadrirana vrednost nagiba. Za procenu fita modela korišćeni su sledeći indikatori: Sattora–Bentlerov skalirani hi–kvadrat (χ^2), odnos Sattora–Bentlerovog skaliranog hi–kvadrata i stepeni slobode (χ^2/df), koren prosečne kvadrirane greške aproksimacije (RMSEA; Steiger & Lind, 1980), standardizovani koren prosečnog kvadriranog reziduala (SRMR), komparativni indeks fita (CFI; Bentler & Bonett, 1980) i Tucker–Lewisov indeks fita prevashodno zbog njegove slabe osetljivosti na veličinu uzorka (TLI; Marsh, Balla, & McDonald, 1988). Indikatorima dobrog fita se smatraju vrednosti $SB\chi^2/df$ manje od 3, RMSEA i SRMR od .05 ili manje, CFI vrednost iznad .95 i TLI vrednost iznad .90 (Hu & Bentler, 1998; 1999; Kline, 2005; Schumacker & Lomax, 1996). Analizirani su samo osnovni modeli krive latentnog rasta bez nadogradnje modela kovarijatama. Da bismo stekli uvid u značajnost eventualnih razlika u susednim vremenskim tačkama krivâ latentnog rasta merenih varijabli, nakon svake analize sprovedena je i serija t-testova za ponovljena merenja.

Promena opšte uznemirenosti

Prvo je testirana promena varijable opšte uznemirenosti. Procena parametara fita modela krive latentnog rasta (slika 2.8.1) sugerise prihvatljiv fit, imajući u vidu procene parametara funkcije diskrepance između teorijskog i opaženog modela ($\chi^2(12) = 16.82$ ($p = .16$); $\chi^2/df = 1.40$) i parametara poređenja sa nultim modelom ($CFI = .94$; $TLI = .92$), dok parametri procene na osnovu rezidualnih kovarijansnih struktura i greške aproksimacije ($SRMR = .10$; $RMSEA = .10$ ($95\% CI = .00 - .22$)) sugerisu loš fit modela i veliku rezidualnu varijansu koja u opaženim podacima ne može biti objašnjena teorijski definisanim modelom. Ovakav rezultat nije neočekivan s obzirom da u istraživačkim dizajnim sa malim brojem stepena slobode koji su definisani malim uzorkom parametri zasnovani na rezidualima i grešci aproksimacije manifestuju tendenciju neznačajnosti jer dolazi do inflacije uticaja grešaka i pojedinačnih odstupanja od prosečne vrednosti zbog većeg udela u eksplanatornoj moći modela, te se na samo osnovu ovih parametara ukupni fit modela može proglasiti neosnovano neprihvatljivim (Kenny, Kaniskan, & McCoach, 2015).

Slika 2.8.1. - Kriva latentnog rasta opšte uznemirenosti



Nagib krive rasta opšte uznemirenosti statistički je značajan i svojom negativnom vrednošću (tabela 2.8.4) sugerise da se kroz šest merenja opšta uznemirenost na nivou proseka značajno smanjuje. Blagi ali značajni koeficijent kvadriranog nagiba svojom pozitivnom vrednošću sugerise blagi ali primetan nelinearni trend parabole, odnosno pojavu da do smanjenja opšte uznemirenosti u većoj meri dolazi između inicijelnog susreta i početka tretmana (slika 2.8.1., merenje 1 i 2), dok je stepen ostvarene prosečne promene u sledećim merenjima manji. Upadljiva je i visoko značajna vrednost varijanse intercepta krive, što implicira veoma veliki rastur pojedinačnih skorova opšte uznemirenosti, te je ova pojava verovatno osnovni razlog lošijeg fita modela, naročito u našoj situaciji malog uzorka gde pojedinačni ekstremni skorovi u modelu dobijaju veću težinu koja bi u situaciji

većeg uzorka verovatno izgubila na značaju. Varijansa trenda promene nije značajna, što sugeriše da se kod većine ispitanika smanjenje opšte uznemirenosti odvija po opisanom trendu, ali veliki raspon intervala pouzdanosti implicira postojanje ispitanika koji na nivou pojedinaca u velikoj meri odstupaju od pomenutog trenda, što je i vizuelno upadljivo na slici 2.8.1 u petom i šestom merenju.

Tabela 2.8.4. *Parametri opaženog modela latentnog rasta opšte uznemirenosti*

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>Intercept</i>	27.90	2.17	.00	21.64 – 30.15	116.97	38.14	.00	42.21 – 191.72
<i>Nagib</i>	-4.01	.88	.00	-5.74 – -2.64	17.79	17.78	.04	-1.05 – 34.52
<i>Nagib</i> ²	.32	.12	.01	.09 – .55	.34	.33	.05	-.11 – .69

Napomena: *M* = aritmetička sredina; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse; *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%

Poređenje susednih vremenskih tačaka u krivi latentnog rasta opšte uznemirenosti potkrepljuje prethodne pretpostavke. U tabeli 2.8.5 vidimo da je najviše statistički značajna promena između prvog i drugog merenja, Drugim rečima, možemo zaključiti da do najvećeg smanjenja opšte uznemirenosti dolazi između dijagnostičkog susreta i prve tretmanske seanse, odnosno pre početka tretmana. Promena između prve i treće tretmanske seanse odnosno drugog trećeg merenja takođe je značajna, ali na libealnijem nivou značajnosti, dok se nakon trećeg merenja vrednosti opšte uznemirenosti na nivou proseka više ne menjaju u statistički značajnom intenzitetu. Takođe, veoma visok koeficijent korelacije skorova i gotovo nepostojeća razlika skorova opšte uznemirenosti petog i šestog merenja, odnosno na završetku tretmana i tri meseca nakon njega sugerišu da je postignuta promena relativno stabilna u funkciji spontanog protoka vremena.

Tabela 2.8.5. *Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta opšte uznemirenosti*

<i>Vremenske tačke</i>	<i>r</i>	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% <i>CI</i>	<i>t</i> (35)	<i>p</i>
1 i 2	.58	7.17	11.98	3.05 – 11.28	3.54	.00
2 i 3	.65	2.97	10.29	-.51 – 6.46	1.73	.04
3 i 4	.61	1.97	9.93	-1.39 – 5.33	1.19	.24
4 i 5	.69	1.16	9.31	-1.98 – 4.31	.75	.46
5 i 6	.97	-.19	3.43	-1.35 – .97	-.34	.73

Napomena: *r* = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredina; $\sigma \Delta M$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; *t*(35) = vrednost *t* statistika za 35 stepeni slobode; *p* = parametar značajnosti razlike

Promena negativnog afekta

Daleko bolje parametre fita modela ostvaruje kriva latentnog rasta negativnog afekta. Indikatori diskrepance ($\chi^2(12) = 14.42$ (*p* = .27); $\chi^2/df = 1.20$) i poređenja (*CFI* = .99; *TLI* = .98) ukazuju na odličnu saglasnost sa teorijski pretpostavljenim modelom, dok rezidualni parametri ni u

ovom modelu ($SRMR = .09$; $RMSEA = .07$ ($95\% CI = .00 - .19$)) ne dosežu kritične vrednosti, implicirajući značajnu kovarijansnu strukturu opaženih podataka

Negativni nagib krive je značajan ali i u apsolutnoj vrednosti i u raspršenju manji od prethodnog modela (tabela 2.8.6). Takođe značajan je i blagi efekat pozitivne parabole, što sve ukupno sugerise da se smanjenje vrednosti negativnog afekta odvija po sličnom obrascu kao i smanjenje opšte uznemirenosti. Manja varijansa intercepta sa užim intervalom pouzdanosti upućuju na homogenije početne skorove, što verovatno predstavlja i osnovni uzrok boljih rezidualnih parametara fita modela. S druge strane, značajne varijanse trenda promene upućuju da su ispitanici u našem uzorku značajnije heterogeni u tipu promene negativnog afekta, nego što je slučaj sa promenom opšte uznemirenosti.

Slika 2.8.2. - Kriva latentnog rasta negativnog afekta

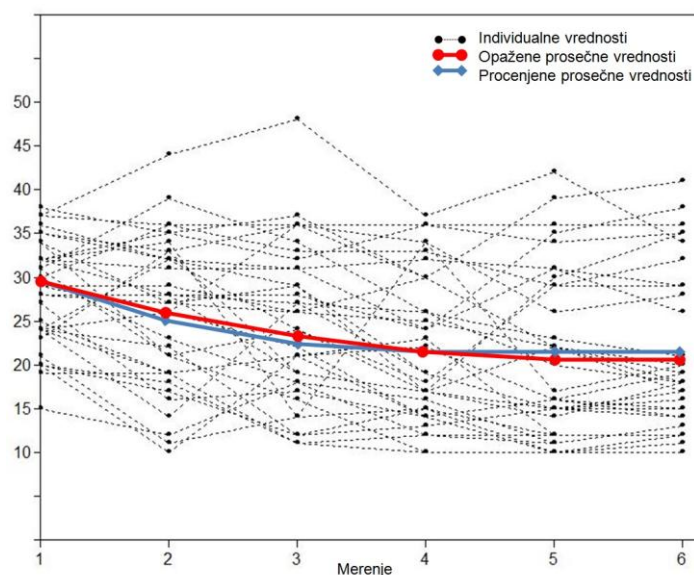


Tabela 2.8.6. Parametri opaženog modela latentnog rasta negativnog afekta

	M	$se M$	p	$95\% CI$	σ^2	$se \sigma^2$	p	$95\% CI$
<i>Intercept</i>	29.60	1.02	.00	26.36 – 30.56	33.36	10.11	.00	13.54 – 53.18
<i>Nagib</i>	-3.19	.59	.00	-4.35 – -2.02	9.75	3.56	.01	2.76 – 16.73
<i>Nagib²</i>	.34	.10	.00	.13 – .53	.39	.13	.00	.13 – .65

Napomena: M = aritmetička sredina; $se M$ = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; $se \sigma^2$ = standardna greška varijanse; p = parametar značajnosti; $95\% CI$ = interval pouzdanosti od 95%

Na slici 2.8.2 primetni su pojedinačni trendovi promene, a među njima i sedam ispitanika koji porastom negativnog afekta iznad prosečne vrednosti između četvrtog i petog merenja doprinose ovim varijacijama. U tabeli 2.8.7 možemo videti da do značajnog smanjenja negativnog afekta na nivou proseka dolazi između prvog i drugog, te trećeg i četvrtog merenja. Neznačajna razlika u prosečnim vrednostima prvog i drugog merenja koju možemo očekivati na osnovu slike 2.8.2 verovatno je posledica uprosečavanja sa osam ispitanika kojima negativni afekat u ovom intervalu raste, pa

prosečni pad merene varijable gubi na statističkoj značajnosti na osnovu t statistika, iako iz tabele 2.8.7 možemo videti da on evidentno postoji. Opšte uzevši, model sugerise da na nivou celokupnog uzorka dolazi do značajnog smanjenja negativnog afekta pre početka tretmana i u njegovim početnim fazama po nelinearnom trendu, ali ipak u blagoj meri linearnije nego u slučaju smanjenja opšte uznemirenosti.

Tabela 2.8.7. Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta negativnog afekta

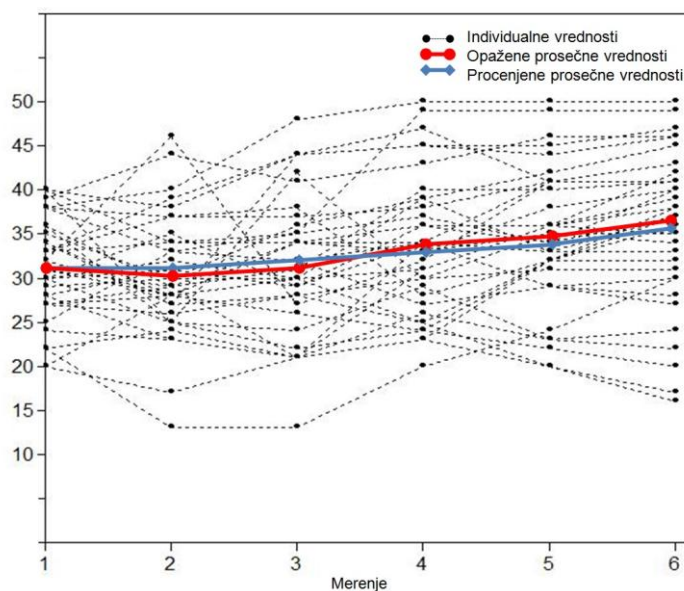
Vremenske tačke	r	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% CI	$t(35)$	p
1 i 2	.71	2.22	5.63	.32 – 4.13	2.37	.01
2 i 3	.67	1.94	7.06	-.45 – 4.34	1.65	.10
3 i 4	.77	2.38	5.84	.41 – 4.37	2.45	.02
4 i 5	.74	1.33	6.37	-.82 – 3.49	1.25	.21
5 i 6	.96	.03	2.75	-.90 – .96	.06	.95

Napomena: r = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredinâ; $\sigma \Delta M$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% CI = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; $t(35)$ = vrednost t statistika za 35 stepeni slobode; p = parametar značajnosti razlike

Promena pozitivnog afekta

Sledeći testirani model odnosi se na krivu latentnog rasta pozitivnog afekta. Svi indikatori fita sugerisu dobar stepen saglasnosti opaženog i teorijski pretpostavljenog modela ($\chi^2(12) = 16.29$ ($p = .18$); $\chi^2/df = 1.36$; $CFI = .98$; $TLI = .97$) izuzev rezidualnih koji su kompatibilni prethodno testiranim modelima ($SRMR = .08$; $RMSEA = .10$ (95% CI = .00 – .21)).

Slika 2.8.3. - Kriva latentnog rasta pozitivnog afekta



U tabeli 2.8.8 možemo primetiti da na nivou prosečnih vrednosti konačnog uzorka ne dolazi do statistički značajne promene u nivou pozitivnog afekta. S druge strane, statistički značajne varijanse kako početne vrednosti tako i nagibâ sugerišu da su ispitanici u uzorku visoko heterogeni po pitanju putanje rasta pozitivnog afekta. Na slici 2.8.3 možemo videti da je prosečna promena između merenja veoma mala, te da u razlikama aritmetičkih sredina pozitivnog afekta između inicijelnog i konačnog merenja ima varijacije u opsegu oko svega pet jedinica skale koja poseduje teorijski opseg od pedeset. Takođe je primetan daleko manji rastur skorova kod ispitanika na inicijelnom merenju u poređenju sa konačnim merenjem gde vidimo raspršenje u gotovo celokupnom teorijskom opsegu skale. Iako je trend porasta pozitivnog afekta na slici 2.8.3 blago primetan, u našem istraživanju on je statistički neznačajan, što nameće zaključak da na nivou proseka našeg uzorka porast pozitivnog afekta ne prati sniženje negativnog afekta i opšte uznemirenosti. Ovakav zaključak potkepljuje nepostojanje statistički značajnih razlika u prosečnim vrednostima pozitivnog afekta između susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta (tabela 2.8.9), gde se najveći porast vidi između trećeg i četvrtog merenja, ali ipak ispod statistički značajnog nivoa.

Tabela 2.8.8. Parametri opaženog modela latentnog rasta pozitivnog afekta

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>Intercept</i>	31.05	.98	.00	29.12 – 32.97	26.38	9.49	.00	7.72 – 44.92
<i>Nagib</i>	.38	.55	.50	-.69 – 1.46	7.70	3.08	.01	1.65 – 13.75
<i>Nagib</i> ²	.10	.09	.24	-.07 – .28	.28	.09	.02	.05 – .50

Napomena: *M* = aritmetička sredina; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse; *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%

Tabela 2.8.9. Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta pozitivnog afekta

<i>Vremenske tačke</i>	<i>r</i>	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% <i>CI</i>	<i>t</i> (35)	<i>p</i>
1 i 2	.57	1.11	5.86	-.87 – 3.09	1.14	.26
2 i 3	.66	-1.11	6.19	-3.21 – .98	-1.08	.29
3 i 4	.73	-1.64	6.07	-3.70 – .42	-1.62	.12
4 i 5	.71	-1.64	6.32	-3.78 – .50	-1.56	.13
5 i 6	.96	-1.33	2.57	-2.20 – .46	-1.12	.27

Napomena: *r* = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredina; $\sigma \Delta M$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; *t*(35) = vrednost *t* statistika za 35 stepeni slobode; *p* = parametar značajnosti razlike

Promena zadovoljstva životom

Model krive latentnog rasta zadovoljstva životom daje nešto slabije indikatore fita u poređenju sa do sada testiranim modelima, te je na granici prihvatljivosti, a po rezidualnim parametrima i slab ($\chi^2(6) = 16.38$; $\chi^2/df = 2.73$; *CFI* = .96; *TLI* = .93; *SRMR* = .17; *RMSEA* = .11 (95% *CI* = .09 – .35)).

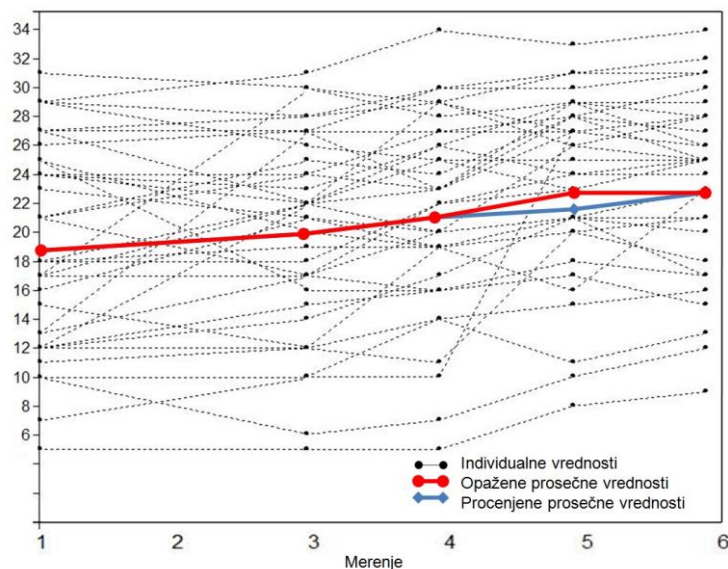
Sudeći po odsustvu značivosti kako vrednosti prosečnih nagibâ, tako i njihove varijanse u opaženom modelu krive, možemo zaključiti da na nivou proseka našeg uzorka ne dolazi do statistički značajne promene u zadovoljstvu životom (tabela 2.8.10). Slika 2.8.4 objašnjava značajnu varijansu intercepta, s obzirom da rastur pojedinačnih skorova u svakoj od vremenskih tačaka zauzima gotovo celokupni teorijski raspon skale od 5 do 35, što u značajnoj meri smanjuje saznavnu vrednost prosečne krive rasta.

Tabela 2.8.10. *Parametri opaženog modela latentnog rasta zadovoljstva životom*

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>Intercept</i>	18.84	1.26	.00	16.37 – 21.03	41.42	17.74	.00	6.65 – 76.18
<i>Nagib</i>	.32	.39	.41	-.45 – 1.07	2.66	3.59	.45	-4.36 – 9.69
<i>Nagib</i> ²	.06	.05	.26	-.42 – .16	.06	.04	.12	-.02 – .15

Napomena: *M* = aritmetička sredina; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse, *p* = parametar značivosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%

Slika 2.8.4. - *Kriva latentnog rasta zadovoljstva životom*



S druge strane, vidimo da na nivou razlika između pojedinačnih merenja značajne razlike ipak postoje (tabela 2.8.11). Razlike u prosečnim vrednostima između trećeg i četvrtog merenja dosežu liberalniji nivo statističke značivosti, dok je između šetvrtog i petog merenja, odnosno nakon šestre tretmanske seanse i kraja tretmana porast zadovoljstva životom statistički značajan, ali se u kontekstu krive latentnog rasta ova promena u trendu ne registruje dovoljno upadljivo da bi eksplanatorni potencijal nelinearnog kvadratnog nagiba dosegao statističku značajnost.

Tabela 2.8.11. Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta zadovoljstva životom

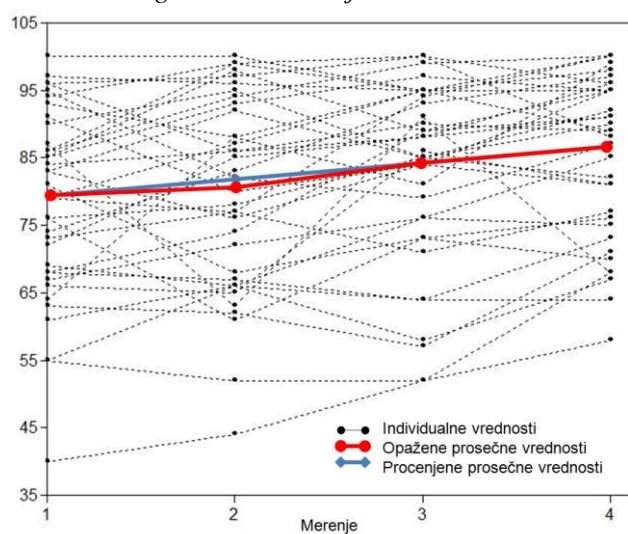
Vremenske tačke	r	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% CI	$t(35)$	p
1 i 3	.78	-1.00	4.65	-2.57 – .57	-1.29	.21
3 i 4	.93	-1.17	2.58	-2.04 – -.29	-2.71	.01
4 i 5	.84	-1.89	3.72	-3.15 – -.63	-3.05	.00
5 i 6	.95	-.22	1.98	-.89 – .45	-.67	.51

Napomena: r = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredina; $\sigma \Delta M$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% CI = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; $t(35)$ = vrednost t statistika za 35 stepeni slobode; p = parametar značajnosti razlike

Promena očekivanja ishoda tretmana

Prilikom testiranja modela krive latentnog rasta očekivanja ishoda tretmana sa pretpostavljenim interceptom, te linearnim i kvadriranim nagibom dobili smo rezultate koji ukazuju da broj pretpostavljenih parametara uzrokuje prefitovanje modela. Naime, dobijeni parametri ($\chi^2(1) = .29$; $\chi^2/df = .29$; $CFI = 1.00$; $TLI = 1.04$; $SRMR = .01$; $RMSEA = .00$ (95% CI = .00 – .34) svojim nadrealnim vrednostima ukazuju da je neophodno smanjiti broj slobodnih parametara (Preacher, 2006), što smo i uradili testirajući jednostavniji model, izostavivši ranije pretpostavljeni slobodni parametar višeg reda - kvadriranu vrednost nagiba. Ovako modifikovan model dao je prihvatljive apsolutne i relativne indekse fita ($\chi^2(5) = 7.78$; $\chi^2/df = 1.56$; $CFI = .98$; $TLI = .97$) dok su se parametri zasnovani na rezidualima i greškama aproksimacije ($SRMR = .14$; $RMSEA = .10$ (95% CI = .00 – .28)) pokazali niskim kao i u do sada testiranim modelima.

Slika 2.8.5. - Kriva latentnog rasta očekivanja ishoda tretmana



Na slici 2.8.5 primetno je da se većina ispitanika grupiše u visokom intervalu visokih vrednosti skale čiji je teorijski opseg od 20 do 100. Visokoj varijansi početnih vrednosti verovatno najviše doprinosi par ispitanika sa usamljenim očekivanjima ishoda tretmana drastično ispod proseka,

kao i grupa ispitanika koja već na inicijelom merenju dostiže efekat plafona, redukujući šansu za potencijalnu promenu očekivanja u pozitivnom smeru. Generalno, možemo zaključiti da u našem uzorku dolazi do dominantnog značajnog porasta očekivanja ishoda tretmana, ali da specifične paterne promene na nivou pojedinačnih ispitanika čine da opšti trend rasta bude statistički značajan ali ipak skroman.

Iz tabele 2.8.12 možemo videti da na nivou prosečnih vrednosti očekivanje ishoda tretmana od prvog do četvrtog merenja linearno značajno raste. Značajne varijanse kako početnih vrednosti tako i nagiba sugerišu visoku heterogenost ispitanika u uzorku po pitanju praćenja ovog trenda.

Tabela 2.8.12. *Parametri opaženog modela latentnog rasta očekivanja ishoda tretmana*

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>Intercept</i>	78.01	2.35	.00	73.39 – 82.88	184.09	46.06	.00	93.81 – 274.38
<i>Nagib</i>	2.56	.71	.00	1.16 – 3.95	18.41	18.41	.00	6.89 – 29.93

Napomena: *M* = aritmetička sredina; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse; *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%

Zanimljivo, razlike u prosečnim postignućima na susednim vremenjskim tačkama krive značajne su između drugog i trećeg, te trećeg i četvrtog merenja, dok između prvog i drugog nisu (tabela 2.8.13). Drugim rečima, specifična očekivanja ishoda tretmana registrovana na dijagnostičkom susretu menjaju se tek nakon susreta sa terapeutom te nastavljaju linearno da rastu kako tretman odmiče, a sama ideja da klijentu predstoji tretman ne doprinosi porastu specifičnih očekivanja pošto statistički razlike u prosečnim skorovima između prva dva merenja nema, kao št je recimo slučaj u značajnom padu opšte uzmenirenosti.

Tabela 2.8.13. *Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta očekivanja ishoda tretmana*

<i>Vremenske tačke</i>	<i>r</i>	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% <i>CI</i>	<i>t</i> (35)	<i>p</i>
1 i 2	.78	-1.25	9.47	-4.45 – 1.95	-.79	.43
2 i 3	.81	-3.22	8.63	-6.14 – -.31	-2.24	.03
3 i 4	.83	-2.81	7.72	-5.41 – -.19	-2.18	.03

Napomena: *r* = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredina; $\sigma \Delta M$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; *t*(35) = vrednost t statistika za 35 stepeni slobode; *p* = parametar značajnosti razlike

Promena ličnog optimizma

Model krive latentnog rasta ličnog optimizma uz krivu rasta negativnog afekta ostvaruje najbolje indikatore fita među testiranim modelima. Procena parametara modela sugeriše odlične asimptotski ($\chi^2(6) = 7.91$; $\chi^2/df = 1.32$) i komparativni fit (*CFI* = .99; *TLI* = .98) dok procena zasnovana na rezidualima i greškama aproksimacije pokazuje manjkavosti kao i u ostalim testiranim modelima (*SRMR* = .12; *RMSEA* = .09 (95% *CI* = .00 – .25)). Specifičnost ovog modela u odnosu na do sada testirane je u tome što ne posedujemo vrednosti ove varijable sa drugog merenja. Ova

okolnost je uzeta u obzir prilikom konstrukcije modela utoliko što je teorijski očekivana vrednost nagiba za treće merenje udvostručena, pretpostavljajući dvostruku vremensku distancu između prvog i trećeg merenja.

Slika 2.8.6. - Kriva latentnog rasta ličnog optimizma

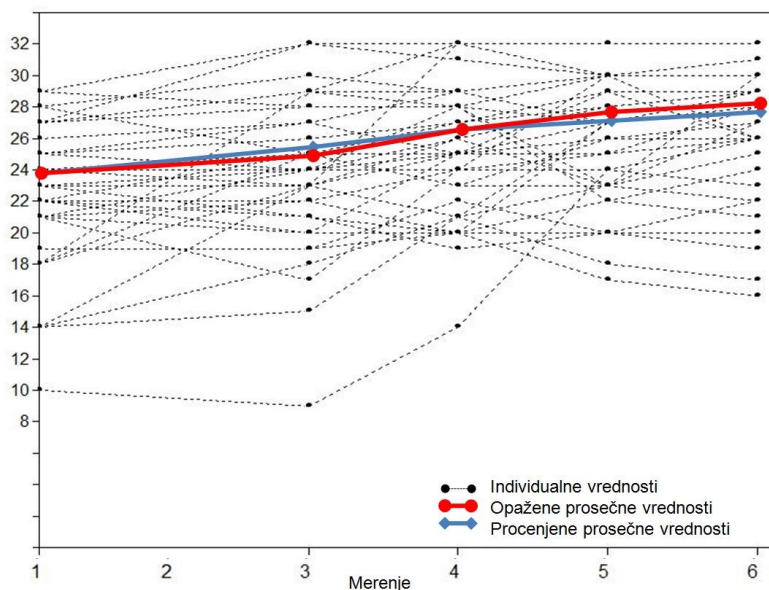


Tabela 2.8.14. Parametri opaženog modela latentnog rasta ličnog optimizma

	M	$se M$	p	95% CI	σ^2	$se \sigma^2$	p	95% CI
Intercept	22.60	.74	.00	21.16 – 23.61	33.57	11.09	.00	11.84 – 55.31
Nagib	.48	.27	.03	.04 – 1.00	4.74	2.09	.02	.64 – 8.85
Nagib ²	.02	.04	.62	-.07 – .11	.10	.03	.00	.04 – .17

Napomena: M = aritmetička sredina; $se M$ = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; $se \sigma^2$ = standardna greška varijanse, p = parametar značajnosti; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%

Iz table 2.8.14 možemo videti da pozitivan koeficijent prosečnog nagiba sugeriše blagi značajni porast ličnog optimizma kroz merenja. Kvadrirani nagib u ovom modelu nema značajan doprinos, te možemo zaključiti da prosečna vrednost ličnog optimizma raste linearno, a varijansa linearnog doprinosa upućuje da se ispitanici među sobom blago značajno razlikuju u ovom trendu, dok se u početnim i pojedinačnim vrednostima u značajnoj meri razlikuju (tabela 2.8.14, slika 2.8.6).

Tabela 2.8.15. Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta ličnog optimizma

Vremenske tačke	r	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% CI	$t(35)$	p
1 i 3	.78	-1.36	3.11	-2.42 – -.31	-2.62	.01
3 i 4	.82	-1.25	2.74	-2.18 – -.32	-2.74	.01

4 i 5	.67	-.78	3.24	-1.87 – .32	-1.44	.16
5 i 6	.89	-.64	1.89	-1.28 – .01	-2.02	.06

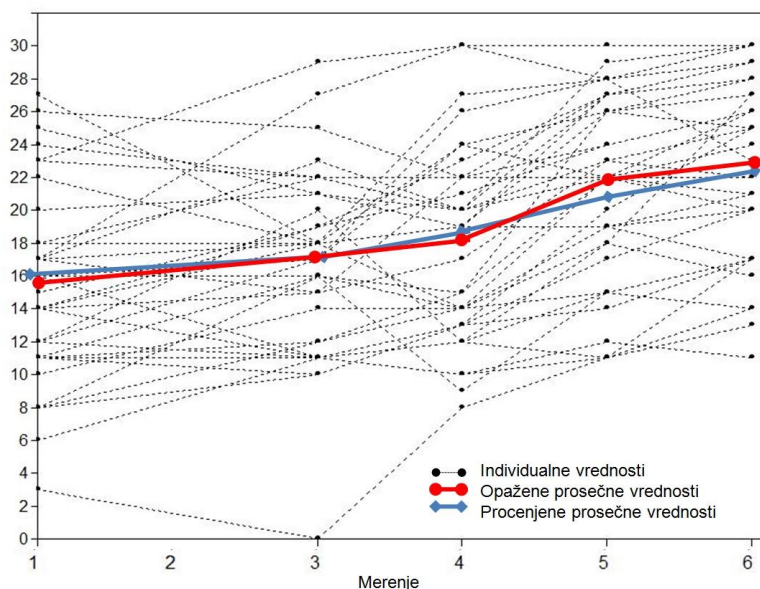
Napomena: r = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredinâ; $\sigma_{\Delta M}$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% CI = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; $t(35)$ = vrednost t statistika za 35 stepeni slobode; p = parametar značajnosti razlike

Takođe, značajnost razlika prosečnih postignuća u susednim vremenskim tačkama krive postoji ali na liberalnijem nivou značajnosti, indikujući blagi značajni porast ličnog optimizma između prvog i trećeg, te trećeg i četvrtog merenja (tabela 2.8.15). Primetna je i granična značajnost porasta ličnog optimizma nakon završetka tretmana i tri meseca nakon. njega, tek za jednu vrednost druge decimale isod kriterijuma statističke značajnosti.

Promena generalizovane self-efikasnosti

Najslabije indikatore fita od testiranih modela dobili smo prilikom testiranja krive latentnog rasta generalizovane self-efikasnosti. Iako model po asimptotskim i komparativnim indeksima i dalje ostvaruje prihvatljiv fit ($\chi^2(6) = 14.75$; $\chi^2/df = 2.46$; $CFI = .95$; $TLI = .91$), ostali parametri ga dovode u pitanje indikujući visoke rezidualne greške aproksimacije ($SRMR = .09$; $RMSEA = .20$ (95% CI = .07 – .33)). Ovaj model takođe u sebi sadrži korekciju nedostatka skorova sa drugog merenja opisanu u prethodnom modelu.

Slika 2.8.7. - Kriva latentnog rasta generalizovane self-efikasnosti



Parametri sadržani u tabeli 2.8.16 govore nam da tokom tretmana generalizovana self-efikasnost raste dominantno nelinearno po logici kvadratne funkcije, te da se ispitanici u ovom trendu među sobom blago značajno razlikuju, kao doduše i u svojim pojedinačno ostvarenim vrednostima u pojedinačnim merenjima, ali tek na liberalnijem nivou značajnosti. Interesantno, slika 2.8.7 nas upućuje da se ovaj nelinearni efekat verovatno ostvaruje nakon četvrtog merenja, odnosno između

šeste i desete seanse tretmana. Potvrdu takvoj pretpostavci možemo naći u tabeli 2.8.17, gde vidimo porast self-efikasnosti između prvog i trećeg merenja na kritičnoj vrednosti statističke značajnosti, te daleko upadljiviju promenu između četvrtog i petog merenja, odnosno između šeste seanse i kraja tretmana, a taj trend porasta nastavlja se i nakon tretmana i vidljiv je u značajno višim vrednostima ove varijable tri meseca nakon kraja tretmana. Očigledna je sličnost ovog nelinearnog trenda sa trendom porasta zadovoljstva životom (slika 2.8.4) gde smo imali prilike da vidimo gotovo identičnu paternu razlikâ, ali ispod kriterijuma značajnosti.

Tabela 2.8.16. Parametri opaženog modela latentnog rasta generalizovane self-efikasnosti

	M	$se M$	p	95% CI	σ^2	$se \sigma^2$	p	95% CI
Intercept	15.36	.98	.00	13.44 – 17.28	40.08	19.61	.02	1.63 – 78.53
Nagib	-.03	.36	.93	-.73 – .68	4.57	3.25	.16	- 1.81 – 10.96
Nagib ²	.19	.06	.00	.07 – .31	.12	.05	.01	.03 – .22

Napomena: M = aritmetička sredina; $se M$ = standardna greška aritmetičke sredine; σ^2 = varijansa među ispitanicima; $se \sigma^2$ = standardna greška varijanse; p = parametar značajnosti; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%

Tabela 2.8.17. Razlike u aritmetičkim sredinama vrednosti susednih vremenskih tačaka krive latentnog rasta generalizovane self-efikasnosti

Vremenske tačke	r	ΔM	$\sigma \Delta M$	95% CI	$t(35)$	p
1 i 3	.74	-1.47	4.12	-2.86 – -.08	-2.14	.05
3 i 4	.76	-1.08	3.99	-2.44 – .269	-1.62	.11
4 i 5	.84	-3.47	3.24	-4.57 – -2.38	-6.43	.00
5 i 6	.90	-1.19	2.52	-2.05 – -.34	-2.83	.01

Napomena: r = Spiermanova produkt-moment koreacija vremenskih tačaka merenja; ΔM = razlika aritmetičkih sredina; $\sigma \Delta M$ = standardna devijacija razlike aritmetičke sredine; 95% CI = interval pouzdanosti od 95% generisan na 1000 nasumičnih setova podataka; $t(35)$ = vrednost t statistika za 35 stepeni slobode; p = parametar značajnosti razlike

U sprovedenim analizama krivâ latentnog rasta videli smo da većina modela ipak uspeva da u manjoj ili većoj meri detektuje promene u opaženim varijablama. Mogli smo da primetimo da se pad opšte uznemirenosti i negativnog afekta detektuje pre početka tretmana i u njegovim ranim fazama, dok porast pozitivnog afekta i zadovoljstva životom ne prati ovaj trend porastom vrednosti. Očekivanja ishoda aktuelnog tretmana rastu linearno, što je praćeno blagim porastom optimizma, dok se porast generalizovane self efikasnosti upadljivije dešava u kasnijim fazama tretmana. Ipak, sve ove nalaze treba uzeti sa rezervom zbog značajnih razlika među ispitanicima kako u pojedinačnim vrednostima tako i u trendovima ostvarenih promena, imajući na umu da veličina uzorka ni izbliza ne zadovoljava zahteve za postizanje optimalne statističke snage i povećava verovatnoću greške tipa II (Hertzog, Lindenberger, Ghisletta, & von Oertzen, 2006), odnosno propuštanja da se detektuju značajni efekti. S druge strane, indeksi fita relativno robustni na veličinu uzorka (Marsh, Balla, & McDonald, 1988) sugerišu da su testirani modeli pretežno adekvatni, naročito ako se uzme u obzir senzitivnost na veličinu uzorka indikatora zasnovanih na rezidualima i greškama aproksimacije

(Kenny et al., 2015). Drugim rečima, ukoliko su pomenuti efekti podložni detekciji i vidljivi i na našem uzorku, možemo formirati očekivanje da bi sa porastom uzorka detektovani suptilni efekti bili robustniji na pojavu pojedinačnih autlejera, čime bi se učinili vidljivijim i lakšim za detekciju.

2.8.4. Analize prediktivne moći početnih očekivanja ishoda tretmana na promenu zavisnih varijabli

Da bismo testirali hipoteze o prediktivnom potencijalu početnih očekivanja ishoda tretmana u predviđanju promene kriterijumskih varijabli nastalih u funkciji protoka tretmana, sproveli smo seriju analiza mešovutih efekata sa fiksnom vrednošću početnih očekivanja kao prediktorom i promenom kriterijumskih varijabli u funkciji tretmana kao kriterijumom. Svaka analiza sprovedena je iz dva koraka, pri čemu je u drugom koraku povrh standardizovane vrednosti početnih očekivanja ishoda tretmana uvrštena i kvadrirana vrednost ove varijable, a sve sa ambicijom da proverimo njen nelinearni prediktivni potencijal.

Iz tabela 2.8.18 i 2.8.19 možemo videti da početno očekivanje ishoda tretmana statistički značajno predviđa promenu opšte uznemirenosti i negativnog afekta, i to u obrnuto proporcionalnom maniru. Po vrednostima regresionih koeficijenata i parametara njihove značajnosti, vidimo da je ta predikcija u slučaju promene opšte uznemirenosti upadljivo snažnija. Isto tako, možemo primetiti da sa uvođenjem kvadrirane vrednosti očekivanja u drugom koraku eksplanatorna moć modela blago raste, ali dodata varijabla ne ostvaruje značajan prediktivni potencijal. Drugim rečima, možemo zaključiti da veća početna očekivanja ishoda tretmana značajno predviđaju smanjenje opšte uznemirenosti i negativnog afekta i to u linearnom maniru.

Tabela 2.8.18. Rezultati regresionih modela sa promenom opšte uznemirenosti kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Početno očekivanje ishoda tretmana	20.87**	-6.02	1.31	-4.57**	-8.59 – -3.43
2	Početno očekivanje ishoda tretmana	21.02**	-6.01	1.31	-4.57**	-8.58 – -3.43
	Kvadrirano početno očekivanje		.33	1.14	.29	-1.91 – 2.57

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Tabela 2.8.19. Rezultati regresionih modela sa promenom negativnog afekta kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Početno očekivanje ishoda tretmana	11.87**	-2.91	.84	-3.45**	-4.57 – -1.25
2	Početno očekivanje ishoda tretmana	12.24**	-3.31	1.18	-2.80**	-5.62 – -.99
	Kvadrirano početno očekivanje		-.30	.63	-.48	-1.53 – .93

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

S druge strane, prediktivna moć vrednosti početnih očekivanja u predviđanju porasta vrednosti pozitivnih varijabli ishoda tretmana dešava se na nešto drugačiji način. U slučaju promene pozitivnog afekta kao kriterijske varijable, vidimo da više vrednosti početnog očekivanja predviđaju veći porast pozitivnog afekta (tabela 2.2.20). Takođe, sa uvođenjem kvadrirane vrednosti početnih očekivanja eksplanatorna moć modela raste, linearna vrednost prediktora gubi od svoje statističke značajnosti, dok se jasno izdvaja značajan negativni regresioni koeficijent kvadrirane vrednosti (tabela 2.8.21). Drugim rečima, što su vrednosti početnog očekivanja ishoda tretmana bliže svom proseku, one bolje predviđaju porast pozitivnog afekta u funkciji tretmana, dok sa udaljavanjem od prosečnih vrednosti početnog očekivanja gubimo mogućnost opažanja kvaliteta prediktivne funkcije.

Tabela 2.8.20. Rezultati regresionih modela sa promenom pozitivnog afekta kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Početno očekivanje ishoda tretmana	22.10**	3.67	.77	4.70**	2.13 – 5.18
2	Početno očekivanje ishoda tretmana	39.64**	2.48	.95	2.59*	.60 – 4.36
	Kvadrirano početno očekivanje		-1.09	.50	-2.17*	-2.08 – -.11

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; p <.05*; p <.01**

Slične ali još upadljivije rezultate dala je analiza sa promenom zadovoljstva životom kao kriterijumom. U tabeli 2.8.21 možemo videti da linearne vrednosti početnog očekivanja ishoda tretmana ne manifestuju potencijal da predvide promenu zadovoljstva životom, dok sa uvođenjem kvadriranih vrednosti model drastično dobija na značajnosti i izdvaja negativan regresioni koeficijent kvadriranih vrednosti početnih očekivanja kao jedini značajan. Drugim rečima, kao i u slučaju promene pozitivnog afekta, porast zadovoljstva životom u funkciji protoka tretmana može se značajno predvideti vrednostima početnih očekivanja u maniru negativne kvadratne funkcije - prosečna početna očekivanja predviđaće porast zadovoljstva životom, dok sa porastom vrednosti očekivanja u pravcu oba ekstrema gubimo mogućnost da precizno detektujemo kvalitet relacije sa trendom pozitivnog afekta. Takođe, skroman uzorak nam je osujetio namere da ovu prediktivnu relaciju testiramo u specifičnim segmentima uzorka formiranim po izraženosti početnih očekivanja ishoda tretmana.

Tabela 2.8.21. Rezultati regresionih modela sa promenom zadovoljstva životom kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Početno očekivanje ishoda tretmana	1.23	1.23	1.11	1.10	-.95 – 3.41
2	Početno očekivanje ishoda tretmana	17.92**	.67	1.09	.62	-1.46 – 2.80
	Kvadrirano početno očekivanje		-1.89	.65	-2.93**	-3.16 – -.63

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; p <.01**

Prediktivna moć početnih očekivanja ishoda tretmana u predviđanju promene generalnih očekivanja gotovo je istovetna za varijable ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti. Naime, u tabelama 2.8.22 i 2.8.23 možemo videti da ona postoji u statistički značajnoj meri, te da je ta predikcija linearna i direktno proporcionalna. Takođe vidimo da sa uvođenjem kvadrane vrednosti početnih očekivanja eksplanatorne moći modelâ rastu, ali da su po intervalima pouzdanosti regresioni koeficijenti kvadriranih vrednosti neposredno ispod liberalnijeg kriterijuma statističke značajnosti. U konvencionalnom maniru interpretacije mogli bismo zaključiti da je ova predikcija linearna, mada granične vrednosti nelinearnog doprinosa sugerišu i mogućnost da relacije početnih vrednosti očekivanja ishoda tretmana i generalnih očekivanja mogu blago odstupati od linearne, ali da sa našom skromnom veličinom uzorka koja implicira nižu statističku snagu nismo uspeli u detekciji značajnih prediktivnih potencijala koji bi pružili empirijsku potporu kvadratnim relacijama ovih varijabli.

Tabela 2.8.22. *Rezultati regresionih modela sa promenom ličnog optimizma kao kriterijumom*

<i>Model</i>	<i>Prediktor</i>	<i>Wald χ^2</i>	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>z</i>	<i>95% CI</i>
1	Početno očekivanje ishoda tretmana	32.88**	2.84	.49	5.73**	1.86 – 3.80
2	Početno očekivanje ishoda tretmana	53.24**	2.56	.51	4.94**	1.54 – 3.58
	Kvadrirano početno očekivanje		-.66	.34	-1.95	-1.32 – .01

Napomena: *Wald χ^2* = parametar značajnosti modela; *B* = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; *z* = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; *95% CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* < .01 **

Tabela 2.8.23. *Rezultati regresionih modela sa promenom generalizovane self-efikasnosti kao kriterijumom*

<i>Model</i>	<i>Prediktor</i>	<i>Wald χ^2</i>	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>z</i>	<i>95% CI</i>
1	Početno očekivanje ishoda tretmana	17.48**	2.90	.69	4.18**	1.54 – 4.26
2	Početno očekivanje ishoda tretmana	34.59**	2.26	.81	2.77**	.66 – 3.87
	Kvadrirano početno očekivanje		-.84	.45	-1.89	-1.72 – .02

Napomena: *Wald χ^2* = parametar značajnosti modela; *B* = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; *z* = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; *95% CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* < .01 **

Na osnovu navedenih rezultata možemo zaključiti da početni nivo očekivanja ishoda tretmana poseduje značajan potencijal u predviđanju varijabli ishoda tretmana i generalnih očekivanja. Međutim, manir odnosno tip funkcije po kojoj se ta predikcija realizuje značajno varira u odnosu na tip kriterijumske varijable. Kada kao kriterijum ishoda tretmana smatramo redukciju neprijatnog stanja, početna očekivanja ishoda svoju predikciju ostvaruju direktno, obrnuto proporcionalno i linearno, a kada je kriterijum porast ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti, predikcija je takođe linearna ali direktno proporcionalna. S druge strane, kada kao kriterijum uspešnog tretmana smatramo porast pozitivnih indikatora blagostanja, vrednosti početnih očekivanja ishoda svoj

prediktivni potencijal ostvaruju po logici negativne kvadratne funkcije, indikujući prosečne vrednosti početnih očekivanja kao najbolji uslov prediktora za poboljšanje na ishodnim varijablama. Ovaj rezultat je posebno zanimljiv imajući na umu rezultate dobijene u analizama krivâ latentnog rasta koje sugerišu da do redukcije neprijatnosti dolazi u ranim fazama tretmana, čak i pre njegovog početka, dok je porast vrednosti pozitivnih indikatora odlika kasnijih faza tretmana, što čini osnov pretpostavci da početni nivo očekivanja ishoda tretmana ima dvojak i drugačiju ulogu u postizanju i održavanju različitih tipova promene. Međutim, kako tretman odmiče, očekivano je da se sa varijablama ishoda menjaju i klijentova očekivanja ishoda tretmana, što smo u ostalom i pokazali krivom latentnog rasta. U odeljku koji sledi pozabavićemo se relacijama promene klijentovih očekivanja ishoda tretmana i promene indikatora klijentovog stanja.

2.8.5. Analize prediktivne moći promene početnih očekivanja ishoda tretmana na promenu zavisnih varijabli

Da bismo proverili hipoteze koje se tiču direktne i indirektno prediktivne moći promene očekivanja ishoda tretmana u predviđanju promena varijabli ishoda tretmana, sprovedena je serija analiza modela mešoviti efekata. Pre testiranja značajnosti samih indirektnih modela, sprovedli smo prethodna četiri koraka analize multilevel medijacije (Baron, & Kenny, 1986).

Prvi korak koji smo sprovedli je da smo proverili da li prediktor, u ovom slučaju promena očekivanja ishoda tretmana, predviđa promene zavisnih varijabli. Drugi korak testiranja medijacionih efekata bio je provera da li i na koji način promena očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa pretpostavljene medijatorime, u ovom slučaju promene generalnih očekivanja, optimizma i generalizovane self-efikasnosti. Treći i četvrti korak smo sprovedli istom analizom u svrhu provere da li pretpostavljeni medijatori, promena generalnih očekivanja, predviđaju promene kriterijumskih varijabli povrh efekata promene očekivanja, kao i da li uvođenje medijatorske varijable značajno slabi ili ukida eksplanatornu moć prediktora.

Nakon toga smo pristupili proveru značajnosti direktnog i indirektnog, medijacionog efekata putem generisanja intervala pouzdanosti na osnovu 2000 nasumičnih setova podataka.

Za razliku od prva dva koraka koje smo sprovedli zbirno i objedinjeno za sve modele, treći i četvrti korak, te samu proveru značajnosti indirektnih efekata sprovedli smo putem analiza pojedinačnih modela. Imajući u vidu jednu prediktorsku, dve medijatorske i četiri kriterijumske varijable obuhvaćene hipotezama istraživanja, ukupno je testirano osam medijacijskih modela, zbirno predstavljenih u tabeli 2.8.24.

Tabela 2.8.24. *Zbirna specifikacija odnosâ međû varijablama u testiranim modelima*

<i>Model</i>	<i>Prediktor</i>	<i>Medijator</i>	<i>Kriterijum</i>
1.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena ličnog optimizma	Promena opšte uznemirenosti
2.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena ličnog optimizma	Promena negativnog afekta
3.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena ličnog optimizma	Promena pozitivnog afekta
4.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena ličnog optimizma	Promena zadovoljstva životom
5.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena generalizovane self-efikasnosti	Promena opšte uznemirenosti
6.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena generalizovane self-efikasnosti	Promena negativnog afekta
7.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena generalizovane self-efikasnosti	Promena negativnog afekta
8.	Promena očekivanja ishoda tretmana	Promena generalizovane self-efikasnosti	Promena zadovoljstva životom

Kao što možemo videti iz tabele 2.8.25, promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa promene zavisnih varijabli. Porast očekivanja ishoda tretmana u najvećoj meri predviđa pad opšte uznemirenosti i negativnog afekta, te u nešto manjoj ali ipak značajnoj meri porast pozitivnog afekta i zadovoljstva životom, što je sasvim očekivano imajući na umu neznačajan stepen promene ovih kriterijumskih varijabli opisan u prethodnom odeljku.

Tabela 2.8.25. *Direktni efekti promene očekivanja ishoda tretmana na promene zavisnih varijabli*

<i>Kriterijum</i>	<i>Wald χ^2</i>	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>z</i>	<i>95% CI</i>
Opšta uznemirenost	79.29	-.62	.07	-8.90	-.75 – -.48
Negativni afekat	41.99	-.31	.05	-6.48	-.40 – -.22
Pozitivni afekat	26.99	.23	.04	5.20	.14 – .32
Zadovoljstvo životom	17.44	.16	.03	4.14	.08 – .23

Napomena: *Wald χ^2* = parametar značajnosti modela; *B* = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; *z* = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; *95% CI* = interval pouzdanosti od 95%; Sve vrednosti *Wald χ^2* i *z* statistika značajne su na nivou .01

Takođe, pojedinačne Spiermanove produkt-moment korelacije prediktora i kriterijumskih varijabli značajne su na nivou pojedinačnih merenja (prilog 1, tabela 4.1.3). Očekivano, koeficijenti korelacije najviši su za varijable merene u istoj vremenskoj tački, dok sa porastom vremenskog intervala između pojedinačnih merenja opadaju, kako za finalni uzorak ispitanika tako i za

pojedinačne transverzalne uzorke. Ovaj trend najprimetniji je u slučaju koeficijenta korelacije prediktora sa varijablom zadovoljstva životom, koji u merenjima na kraju tretmana i tri meseca nakon završetka tretmana bivaju značajni ali tek na liberalnijem nivou značajnosti, što donekle dovodi u pitanje pretpostavke medijacionog modela, tačnije neophodnost značajne korelacije prediktora sa kriterijumom kao preduslov za testiranje medijacije. Međutim, iako je smatrana preduslovom potencijalnog kauzalnog efekta u medijacionim modelima, savremeni autori osporavaju zahtev da je značajna korelacija prediktora i kriterijuma nužna da bi kauzalni linearni medijacioni efekat bio potvrđen (Hayes, 2009; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002).

Dalje smo testirali direktne efekte promene očekivanja ishoda tretmana na medijatorske varijable. Rezultati pojedinačnih multilevel regresionih analiza sugerišu da porast očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa porast ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti (tabela 2.8.26).

Tabela 2.8.26. *Direktni efekti promene očekivanja ishoda tretmana na promene medijatora*

<i>Medijator</i>	<i>Wald χ^2</i>	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>z</i>	<i>95% CI</i>
Lični optimizam	65.27	.20	.02	8.08	.15 – .25
Generalizovana self-efikasnost	54.90	.23	.03	7.41	.17 – .30

Napomena: *Wald χ^2* = parametar značajnosti modela; *B* = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; *z* = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; *95% CI* = interval pouzdanosti od 95%; Sve vrednosti *Wald χ^2* i *z* statistika značajne su na nivou .01

Koeficijenti korelacije na nivou pojedinačnih merenja takođe su statistički značajni i visoko pozitivni. Najveće koeficijente korelacije varijable ostvaruju na transverzalnou nivou, dok u longitudinalnoj perspektivi opadaju sa povećanjem vremenske distance između merenja, kako za ispitanike uključene u finalni uzorak, tako i na celokupnom uzorku ispitanika (prilog 1, tabele 4.1.4, 4.1.5 i 4.1.6). S obzirom na navedene rezultate, možemo zaključiti da su prva dva koraka u testiranju medijacije (Baron, & Kenny, 1986) zadovoljena za sve pretpostavljene modele.

Testiranje medijacionog modela 1.

Iz tabele 2.8.27 možemo videti da u prvom regresionom modelu porast očekivanja efekata tretmana u značajnoj meri predviđa sniženje opšte uznemirenosti. Nakon uvođenja promene ličnog optimizma u sledeći regresioni model, vidimo da po vrednostima Waldovog χ^2 statistika ukupna eksplanatorna moć u predikciji opšte uznemirenosti raste, sugerišući dodatnu prediktivnu moć medijatora. Sam standardizovani regresioni koeficijent promene ličnog optimizma sugeriše da ona u značajnoj meri svojim rastom predviđa sniženje opšte uznemirenosti, dok u istom modelu standardizovani regresioni koeficijent promene očekivanja efekata tretmana opada ali i dalje ostaje u granicama značajnosti.

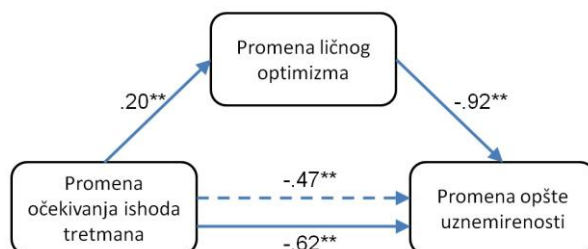
Tabela 2.8.27. Rezultati regresionih modela sa promenom opšte uznemirenosti kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1.	Promena očekivanja ishoda tretmana	79.29**	-.62	.07	-8.90**	-.75 – -.48
2.	Promena očekivanja ishoda tretmana	108.10**	-.47	.09	-5.04**	-.65 – -.28
	Promena ličnog optimizma		-.92	.27	-3.36**	-1.46 – -.38

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; p <.01**

Ovakvi nalazi impliciraju da se uticaj porasta očekivanja efekata tretmana na smanjenje opšte uznemirenosti ostvaruje kako direktno tako i parcijalnom medijacijom putem porasta ličnog optimizma (slika 2.8.8). Od ukupnog efekta predikcije zavisne varijable (B = -.66; 95% CI = -2.11 – -.66), indirektni efekat iznosi B = -.19 (95% CI = -1.31 – -.14), odnosno 28% efekta predikcije promene opšte uznemirenosti ostvareno je medijacionim putem porasta ličnog optimizma.

Slika 2.8.8. Medijacioni model 1.



Testiranje medijacionog modela 2.

U tabeli 2.8.28 možemo videti značajan glavni efekat porasta očekivanja ishoda tretmana na smanjenje negativnog afekta, u nešto blažem ali ipak statistički značajnom intenzitetu nego u prethodnom modelu. Nakon uvođenja promene ličnog optimizma u drugom koraku regresionog modela, vidimo da ukupna eksplanatorna moć modela diskretno raste, a da porast dodate varijable značajno predviđa opadanje negativnog afekta, pri čemu predikivna moć promene očekivanja efekata tretmana biva nešto niža ali i dalje značajna.

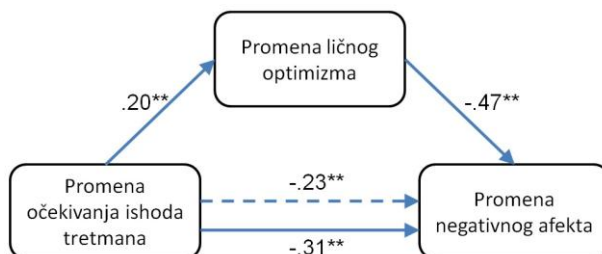
Tabela 2.8.28. Rezultati regresionih modela sa promenom negativnog afekta kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	41.99**	-.31	.04	-6.48**	-.40 – -.21
2	Promena očekivanja ishoda tretmana	46.37**	-.23	.07	-3.48**	-.36 – -.10
	Promena ličnog optimizma		-.47	.20	-2.35**	-.86 – -.07

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; p <.01**

Od ukupnog efekta porasta očekivanja ishoda tretmana ($B = -.33$; 95% $CI = -1.22 - -.18$), indirektni efekat kriterijuma ostvaren preko medijatora ($B = -.10$; 95% $CI = -.71 - -.06$) iznosi 29%, sugerišući da se taj procenat ukupnog efekta ostvaruje medijacionim putem. Iz navedenih rezultata možemo zaključiti da se pomenute varijable nalaze u parcijalno medijacionom odnosu (slika 2.8.9).

Slika 2.8.9. Medijacioni model 2.



Testiranje medijacionog modela 3.

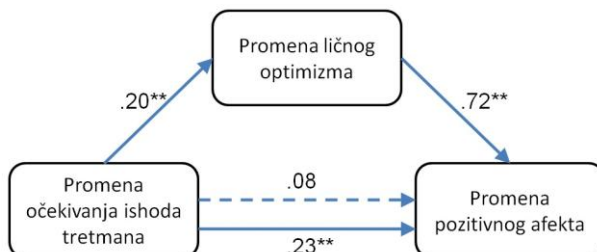
Kao i u prethodnim modelima, dodavanjem varijable ličnog optimizma u regresioni model u drugom koraku, već postojeći značajni model dobija na značajnosti (tabela 2.8.29). U inicijelnom modelu možemo videti da porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa porast pozitivnog afekta. Uvođenjem promene ličnog optimizma vidimo da promena očekivanja ishoda tretmana u potpunosti gubi svoj prediktivni potencijal, sugerišući da se uticaj ove varijable na promenu kriterijuma u potpunosti ostvaruje posredstvom direktno proporcionalne promene medijatorske varijable. Šematski prikazan, ovaj model potpune medijacije možemo videti na slici 2.8.10.

Tabela 2.8.29. Rezultati regresionih modela sa promenom pozitivnog afekta kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	$se B$	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	26.49**	.23	.04	5.20**	.14 – .32
2	Promena očekivanja ishoda tretmana	42.32**	.08	.06	1.37	-.03 – .19
	Promena ličnog optimizma		.72	.17	4.06**	.37 – 1.07

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; $se B$ = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Slika 2.8.10. Medijacioni model 3.



Od ukupnog efekta predikcije ($B = .23$; $95\% CI = .41 - 1.26$), manji i neznačajan deo se ostvaruje direktnim putem ($B = .08$; $95\% CI = -.03 - .19$), dok je 64% od ukupnog efekta ($B = .15$; $95\% CI = .52 - 1.32$) ostvareno medijacionim putem preko indirektnog efekta na kriterijum.

Testiranje medijacionog modela 4.

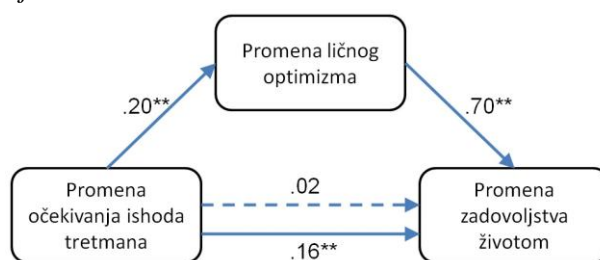
Gotovo u potpunosti identičan prethodnom, ovaj model takođe u prvom koraku demonstrira nešto niži ali ipak značajan potencijal promene očekivanja ishoda tretmana u direktno proporcionalnom predviđanju zadovoljstva životom. Međutim, dodavanjem promene ličnog optimizma u drugom koraku, ispostavlja se da osnovni prediktor u potpunosti gubi značajnost. Porast ličnog optimizma u visokoj i značajnoj meri predviđa porast zadovoljstva životom, a dodatna eksplanatorna moć ove varijable primetna je i u porastu značajnosti celokupnog modela što se može videti u promeni vrednosti χ^2 statistika (tabela 2.8.30).

Tabela 2.8.30. Rezultati regresionih modela sa promenom zadovoljstva životom kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	17.14**	.16	.03	4.14**	.08 – .23
2	Promena očekivanja ishoda tretmana	46.98**	.02	.04	.54	-.06 – .11
	Promena ličnog optimizma		.70	.27	5.19**	.43 – .96

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Slika 2.8.11. Medijacioni model 4.



Od ukupnog efekta predikcije ($B = .16$; $95\% CI = .37 - 1.05$), 86% se ostvaruje indirektnim putem ($B = .14$; $95\% CI = .58 - 1.20$), dok se direktni efekat u ovom slučaju svodi na neznačajan ($B = .02$; $95\% CI = -.06 - .11$) što svedoči o još upadljivijem primeru potpune medijacije (slika 2.8.11).

Testiranje medijacionog modela 5.

Iz prvog regresionog modela (tabela 2.8.31) možemo primetiti da promena očekivanja ishoda tretmana u značajnoj meri obrnuto proporcionalno predviđa promenu opšte uznemirenosti, što je pojava koju smo gore već opisali prilikom diskutovanja Modela 1. Dodavanjem promene

generalizovane self-efikasnosti u regresionu jednačinu vidimo da regresioni model u svojoj ukupnosti blago dobija na značajnosti odnosno eksplanatornoj moći. S druge strane, vidimo da nezavisna pojedinačna prediktivna moć generalizovane self-efikasnosti postoji, ali da ne doseže statističku značajnost, sudeći po vrednostima z statistika i intervalima pouzdanosti.

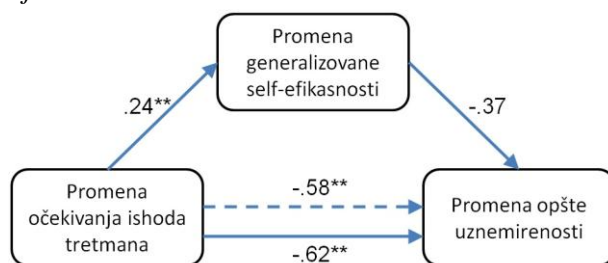
Tabela 2.8.31. Rezultati regresionih modela sa promenom opšte uznemirenosti kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	79.29**	-.62	.07	-8.90**	-.76 – -.48
2	Promena očekivanja ishoda tretmana	92.58**	-.58	.09	-6.32**	-.76 – -.40
	Promena generalizovane self-efikasnosti		-.37	.22	-1.73	-.80 – .05

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Sudeći po navedenim parametrima, pretpostavljeni medijacioni put (slika 2.8.12) nema empirijsku potvrdu. Od ukupnog efekta predikcije ($B = -.67$; 95% CI = $-1.56 - -.35$), indirektnim putem ($B = .09$; 95% CI = $-.36 - .35$) se ostvaruje tek statistički neznačajnih 13%.

Slika 2.8.12. Medijacioni model 5.



Testiranje medijacionog modela 6.

Gotovo identične rezultate prethodno predstavjenim u okviru Modela 5 nalazimo i u ovom modelu, i to u drastičnijem obliku. Prediktivna moć porasta očekivanja ishoda tretmana u predviđanju sniženja negativnog afekta nesumnjiva je, što je već pokazano u predviđanju Modela 2. Uvođenjem promene generalizovane self-efikasnosti u drugom koraku analize, vrednost χ^2 statistika i dalje je značajna i raste u obimu promene na prvoj decimali, što sugeriše da je aditivni doprinos dodate varijable ukupnoj eksplanatornoj moći modela gotovo nepostojeći. Taj zaključak potvrđuje i neznačajan regresioni koeficijent u predviđanju kriterijumske varijable (tabela 2.8.32).

Tabela 2.8.32. Rezultati regresionih modela sa promenom negativnog afekta kao kriterijumom

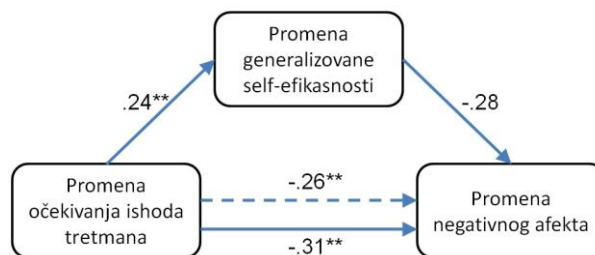
Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	41.99**	-.31	.04	-6.48**	-.40 – -.21

2	Promena očekivanja ishoda tretmana	42.92**	-.26	.06	-3.98**	-.39 – -.13
	Promena generalizovane self-efikasnosti		-.28	.16	-1.81	-.59 – .02

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; $se B$ = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta ; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Pretpostavljeni medijacioni put (slika 2.8.13) ne doseže kritične skorove statističke značajnosti. Od ukupnog efekta predikcije ($B = -.31$; 95% $CI = -1.07 - -.11$), 21% je ostvaren indirektnim efektom na kriterijum ($B = -.07$; 95% $CI = -.42 - .32$).

Slika 2.8.13. *Medijacioni model 6.*



Testiranje medijacionog modela 7.

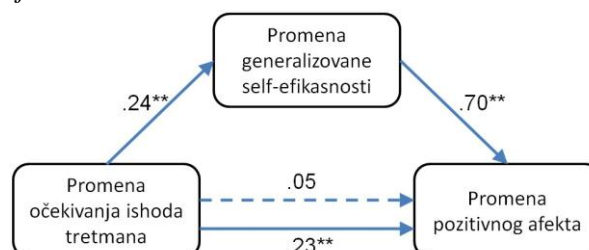
Slično parametrima Modela 3, gde je takođe kriterijum promena pozitivnog afekta, u ovom modelu takođe može primetiti da uvođenjem medijacione varijable u drugom koraku ukupna značajnost modela gotovo dvostruko raste (tabela 2.8.33). Takođe, prediktivna moć promene očekivanja ishoda tretmana u potpunosti gubi svoju prvobitnu značajnost, sugerišući da se prediktivni potencijal u ovom modelu u potpunosti ostvaruje medijacionim putem.

Tabela 2.8.33. *Rezultati regresionih modela sa promenom pozitivnog afekta kao kriterijumom*

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	$se B$	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	26.99**	.23	.04	5.20**	.14 – .32
2	Promena očekivanja ishoda tretmana	55.24**	.05	.05	1.03	-.05 – .16
	Promena generalizovane self-efikasnosti		.70	.13	5.29**	.44 – .95

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = regresioni koeficijent; $se B$ = standardna greška regresionog koeficijenta; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Slika 2.8.14. *Medijacioni model 7.*



U ovom modelu (slika 2.8.14) od ukupnog efekta predikcije ($B = .22$; $95\% CI = .39 - 1.10$) direktni efekat iznosi tek $B = .05$ ($95\% CI = -.05 - .16$), dok se 75% ukupnog efekta ostvaruje indirektnim putem ($B = .17$; $95\% CI = .61 - 1.25$).

Testiranje medijacionog modela 8.

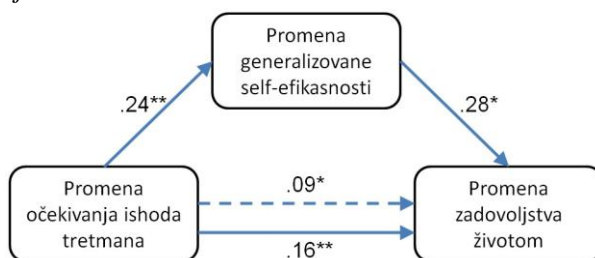
Poslednji testiran model demonstrira slabu ali statistički značajnu i direktno proporcionalnu prediktivnu moć promene očekivanja ishoda tretmana u predviđanju promene zadovoljstva životom (tabela 2.8.34), što je demonstrirano i u Modelu 4. Dodavanjem promene generalizovane self-efikasnosti u regresionu jednačinu, ukupni parametar značajnosti modela raste, dok regresioni koeficijent opada te je i dalje statistički značajan, ali zadovoljava samo liberalniji kriterijum značajnosti, što se može zaključiti i po intervalu pouzdanosti koji mimoilazi nultu vrednost na nivou treće decimale. Na istom liberalnijem nivou značajnosti značajan je i regresioni koeficijent medijatorske varijable, sugerišući da se ukupni efekat prediktora na kriterijum ostvaruje parcijalno medijacionim putem sa niskim ali značajnim prediktivnim potencijalom.

Tabela 2.8.34. Rezultati regresionih modela sa promenom zadovoljstva životom kao kriterijumom

Model	Prediktor	Wald χ^2	B	se B	z	95% CI
1	Promena očekivanja ishoda tretmana	17.14**	.16	.04	4.14**	.08 – .23
2	Promena očekivanja ishoda tretmana	24.10**	.09	.04	2.04*	.003 – .18
	Promena generalizovane self-efikasnosti		.28	.11	2.53*	.06 – .50

Napomena: Wald χ^2 = parametar značajnosti modela; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; se B = standardna greška nestandardizovani regresionog koeficijenta; z = parametar značajnosti regresionog koeficijenta; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Slika 2.8.15. Medijacioni model 8.



Od ukupnog efekta predikcije ($B = .16$; $95\% CI = .06 - .68$), direktni efekat je relativno mali i na granici značajnosti ($B = .09$; $95\% CI = .00 - .18$), dok se 43% ukupnog efekta ($B = .07$; $95\% CI = .23 - .80$) ostvaruje medijacionim putem (slika 2.8.15).

Od ukupno osam testiranih medijacionih modela, čije smo parametre i odnose ostvarenih efekata zbirno predstavili u tabeli 2.8.35, potvrđeno je šest modela, od kojih tri sa potpunom a tri sa parcijalnom medijacionom ulogom. Poredeći ih, možemo videti da je promena ličnog optimizma

potvrdila svoju medijacionu ulogu u relaciji promene očekivanja ishoda tretmana i promena kriterijumskih varijabli. U slučaju kada su kriterijumi bili smanjenje neprijatnosti bilo kroz smanjenje opšte uznemirenosti ili negativnog afekta, promena ličnog optimizma ostvarila je parcijalnu medijacionu ulogu, dok je osnovna prediktorska varijabla promene očekivanja ishoda tretmana ostvarila svoju dominantnu prediktivnu moć. Ona je s druge strane slabija kada su kriterijumi bili promena u pravcu željenog stanja, bilo to porast pozitivnog afekta ili zadovoljstva životom. U tim relacijama porast ličnog optimizma ostvaruje potpunu medijacionu ulogu, objašnjavajući visok udeo ukupnog efekta predikcije. Međutim, u predviđanju smanjenja opšte uznemirenosti i negativnog afekta, promena generalizovane self-efikasnosti nema značajnu medijacionu ulogu, te su potvrđeni samo direktni efekti porasta očekivanja ishoda tretmana. U predviđanju porasta zadovoljstva životom i pozitivnog afekta istim prediktorom, porast self-efikasnosti ima značajnu medijacionu ulogu, posebno u slučaju porasta pozitivnog afekta gde se tri četvrtine ukupnog efekta ostvaruje indirektnim putem.

Tabela 2.8.35. *Parametri i odnosi ostvarenih efekata u modelima*

<i>Model</i>						
<i>Br.</i>	<i>Medijator</i>	<i>Kriterijum</i>	<i>TE</i>	<i>DE</i>	<i>IE</i>	<i>% TEM</i>
1.	Optimizam	Opšta uznemirenost	-.66	-.47	-.19	28*
2.	Optimizam	Negativni afekat	-.33	-.23	-.10	29*
3.	Optimizam	Pozitivni afekat	.23	.08	.15	64**
4.	Optimizam	Zadovoljstvo životom	.16	.02	.14	86**
5.	Self-efikasnost	Opšta uznemirenost	-.67	-.58	-.09	13
6.	Self-efikasnost	Negativni afekat	-.31	-.26	-.07	21
7.	Self-efikasnost	Pozitivni afekat	.22	.05	.17	75**
8.	Self-efikasnost	Zadovoljstvo životom	.16	.09	.07	43*

Napomena: *TE* = ukupni efekat; *DE* = direktni efekat; *IE* = indirektni efekat; *% TEM* = procenat ukupnog efekta ostvarenog medijacionim putem; parcijalna medijacija*; potpuna medijacija**

2.8.6. *Analize moderacije testiranih medijacionih modela*

Nakon testiranja pojedinačnih medijacionih modela, sprovedena je analiza moderacionog uticaja početnih očekivanja ishoda tretmana odnosno pretretmanskih očekivanja ishoda na prediktivne puteve odgovarajućih modela. Isprva je testirano postojanje značajnih vrednosti parametara nasumičnih efekata ili njihove varijanse, što se smatra preduslovom za moderacioni uticaj trećih varijabli na stepen izraženosti medijacionih modela (Bauer, Preacher, & Gil, 2006). U slučaju detekcije ovakvih fenomena, da bismo proverili potencijalni linearni i nelinearni moderacioni uticaj početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na prediktivne puteve u testiranim modelima, sproveli smo seriju analizâ moderacije multilevel medijacionih modela.

Moderacija medijacionog modela 1.

Nakon testiranja samog medijacionog modela, testiran je moderacioni uticaj početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na medijatorski model 1 koji je u prethodnim analizama dobio svoju empirijsku potvrdu. Parametri nasumičnog indirektnog efekta, odnosno parametri rezidualne varijanse varijabli koja se ne može objasniti ovako specifikovanim modelom ($RIE = -.03$, $\sigma^2 RIE = 0.7$, $95\% CI = -.19 - .25$), sugerišu da su i njegova vrednost i varijansa bliske nuli, a sama vrednost neznačajna sudeći po intervalima pouzdanosti simuliranim na 2000 nasumično generisanih setova podataka, što implicira da na indirektni prediktivni put ne postoji uticaj treće varijable u zavisnosti od čije vrednosti ovaj model demonstrira svoju značajnost. S druge strane, značajna vrednost nasumičnog ukupnog efekta ($RTE = -.62$, $\sigma^2 RTE = 1.93$, $95\% CI = -1.09 - -.16$) sugeriše potencijalni moderacioni uticaj na direktni odnosno c' put predikcije.

Tabela 2.8.36. *Moderacija celokupnog Modela 1. - Parametri predikcije razlikâ između ispitanika*

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	<i>95% CI</i>
<i>A put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	.21	.82	.80	-1.40 – 1.82
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-1.38	13.81	.92	-28.46 – 25.69
XW: Interakcija X i W	-.26	.73	.73	-1.60 – 1.18
Z: Kvadrirana vrednost W	.01	4.18	.99	-8.19 – 8.20
ZX: Interakcija X i Z	.18	1.06	.87	-1.91 – 2.27
<i>B put</i>				
M: Promena ličnog optimizma	-.93	1.08	.39	-3.05 – 1.96
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-4.75	12.69	.71	-29.64 – 20.13
WM: Interakcija W i M	-1.91	1.43	.89	-3.01 – 2.62
Z: Kvadrirana vrednost W	-.92	2.43	.99	-5.69 – 3.85
ZM: Interakcija Z i M	.02	.79	.98	-1.53 – 1.57
<i>C' put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	.33	1.67	.84	-2.95 – 3.62
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-4.75	12.69	.71	-29.64 – 20.13
XW: Interakcija X i W	-.83	2.36	.72	-5.46 – 3.80
Z: Kvadrirana vrednost W	-.92	2.43	.99	-5.69 – 3.85
ZX: Interakcija X i Z	-.01	.96	.99	-1.89 – 1.88

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; X = prediktor; W = moderator; M = medijator; Z = kvadrirana vrednost moderatora; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; *95% CI* = interval pouzdanosti od 95%

Specifičnost ovog modela, u kome porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa smanjenje opšte uzmenirenosti kako direktno tako i preko porasta ličnog optimizma, je u tome što značajan ukupni nasumični efekat, te neznačajan nasumični indirektni efekat sugerišu uticaj treće

varijable na c' put. Iz parametara predikcije razlike između ispitanika u ovom modelu (tabela 2.8.36) možemo videti da nijedan od parametara prediktorâ nije značajan, što navodi na zaključak da početni nivo očekivanja ishoda tretmana ne ostvaruje moderacioni uticaj ni na jedan od prediktivnih puteva u ovom modelu.

Iz deskriptivnih pokazatelja razlika među ispitanicima u ovom modelu možemo videti jedino značajnu razliku u promeni očekivanja ishoda tretmana (tabela 2.8.37). Čini se da značajni nasumični ukupni efekat potiče od značajne varijanse vrednosti prediktora medijacionog modela, drugim rečima da ispitanici značajno variraju u promeni očekivanja ishoda tretmana, a da se ova pojava ne može objasniti niti linearnim niti kvadratnim moderatorskim uticajem početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana. Možemo zaključiti da medijacioni model 1, u kome porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa smanjenje opšte uznemirenosti kako direktno tako i putem porasta ličnog optimizma, nije moderiran početnim nivoom očekivanja ishoda tretmana, a po svemu sudeći ni uticajem bilo koje treće varijable što možemo zaključiti po odsustvu značajnih varijabiliteta nagibâ u modelu (tabela 2.8.37). Ono što nasumični ukupni efekat čini značajnim (tabela 2.8.50) jeste prevashodno velika razlika među ispitanicima u stepenu i kvalitetu ostvarene promene očekivanja ishoda tretmana koja se, sudeći po ovim rezultatima, ne može objasniti razlikom u njihovim početnim vrednostima.

Tabela 2.8.37. *Deskriptivni pokazatelji razlikâ između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 1.*

	M	$se M$	p	95% CI	σ^2	$se \sigma^2$	p	95% CI
X	6.13**	.49	.00	5.17 – 7.09	.17	.01	.99	-.35.42 – 35.77
SA	.15	.22	.51	-.29 – .59	.09	.15	.87	-1.04 – 1.23
SB	.46	.27	.09	-.07 – .99	.05	.85	.39	-.06 – .16
SC'	-.29	.22	.17	-.71 – .13	.03	.90	.90	-.41 – .47

Napomena: X = prediktor; SA = nagib puta a; SB = nagib puta b; SC' = nagib puta c' ; M = aritmetička sredina razlikâ; $se M$ = standardna greška aritmetičke sredine razlikâ; σ^2 = varijansa razlikâ među ispitanicima; $se \sigma^2$ = standardna greška varijanse razlikâ, p = parametar značajnosti; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Moderacija medijacionog modela 2.

Nasumični indirektni efekat ($RIE = -.13$, $\sigma^2 RIE = 13.37$, 95% $CI = -.63 - .36$) je sudeći po intervalima pouzdanosti generisanim na 2000 nasumičnih setova podataka neznačajan, ali je varijansa pomenutog efekta u velikoj meri različita od nule, sugerišući izvesni moderatorski uticaj treće varijable na izraženost indirektnog efekta. Sličan zaključak nameću i parametri nasumičnog ukupnog efekta ($RTE = -.32$, $\sigma^2 RTE = 16.57$, 95% $CI = -1.02 - -.04$).

Rezultati moderacije medijacionog modela 2 vrednostima početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana dali su očekivane rezultate. Naime, u tabeli 2.8.38 vidimo da početni nivo očekivanja ne ostvaruje moderacioni uticaj na a i b prediktivne puteve ovog modela, što nameće zaključak da početni nivo očekivanja ishoda tretmana ne doprinosi objašnjenju značajne varijanse indirektnog efekta koja je detektovana prethodnom analizom. Međutim postavlja se pitanje da li varijansa

indirektnog efekta zaista i doseže statističku značajnost kada obratimo pažnju na deskriptivne pokazatelje razlika među ispitanicima u ovom modelu (tabela 2.8.39). U ovoj tabeli možemo primetiti da se ispitanici, izuzev već opisane varijacije u stepenu promene očekivanja ishoda tretmana, među sobom dominantno razlikuju po varijacijama u c' putu predikcije, dok su varijacije u a i b putu modela ispod kritičnih vrednosti statističke značajnosti. Daleko zanimljiviji je nalaz o značajnom doprinosu interakcije promene očekivanja ishoda tretmana i početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana (tabela 2.8.38) u objašnjenju varijacija među ispitanicima u direktnom efektu predikcije odnosno c' putu (tabela 2.8.39) i samim tim i značajne varijanse ukupnog efekta. Naime, negativna vrednost prediktivnog doprinosa ove interakcije sugeriše da, kod ispitanika sa višim nivoom početnih očekivanja ishoda tretmana, porast očekivanja ishoda bolje predviđa smanjenje vrednosti negativnog afekta, što se ne može reći i za ispitanike sa nižim nivoom početnih očekivanja.

Tabela 2.8.38. Moderacija celokupnog Modela 2. - Parametri predikcije razlikâ među ispitanicima

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>A put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	.09	.20	.64	-0.30 – 0.49
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-0.65	1.14	.57	-2.88 – 1.59
XW: Interakcija X i W	-.25	.82	.75	-1.85 – 1.35
Z: Kvadrirana vrednost W	.21	.49	.67	-.76 – 1.18
ZX: Interakcija X i Z	.13	.50	.79	-.86 – 1.12
<i>B put</i>				
M: Promena ličnog optimizma	-.77	.79	.33	-2.32 – .78
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-1.36	2.30	.55	-5.87 – 3.14
WM: Interakcija W i M	-.16	.38	.68	-.90 – .59
Z: Kvadrirana vrednost W	.18	1.24	.89	-2.25 – 2.61
ZM: Interakcija Z i M	-.04	.21	.86	-.45 – .37
<i>C' put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	-.05	1.09	.96	-2.19 – 2.10
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-1.37	2.30	.55	-5.87 – 3.14
XW: Interakcija X i W	-1.20*	.57	.03	-2.31 – -.09
Z: Kvadrirana vrednost W	.178	1.24	.87	-2.25 – 2.61
ZX: Interakcija X i Z	.12	.84	.88	-1.52 – 1.77

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; X = prediktor; W = moderator; M = medijator; Z = kvadrirana vrednost moderatora; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; $p < .05^*$

Tabela 2.8.39. Deskriptivni pokazatelji razlikâ između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 2.

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>X</i>	6.12**	.50	.00	5.13 – 7.11	.16	2.47	.94	-.621 – 5.01
<i>SA</i>	.37	.19	.06	-.02 – .76	.06	.38	.87	-.93 – 1.06
<i>SB</i>	.18	.09	.06	-.01 – .37	.01	.03	.80	-.06 – .08
<i>SC'</i>	-.21**	.07	.00	-.33 – -.08	.06	.04	.97	-.15 – .16

Napomena: *X* = prediktor; *SA* = nagib puta a; *SB* = nagib puta b; *SC'* = nagib puta c'; *M* = aritmetička sredina razlikâ; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine razlikâ; σ^2 = varijansa razlikâ među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse razlikâ, *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* < .01**

Moderacija medijacionog modela 3.

Nasumični indirektni efekat *i* u ovom modelu pokazuje se kao neznačajan (*RIE* = .16; *CI* = -.36 – .68), ali visoka varijansa nasumičnog indirektnog efekta (σ^2 *RIE* = 11.41) upućuje da opisani model potpune medijacije postoji pod uslovom određene vrednosti neke moderatorske varijable. Isto se može reći i za nasumični ukupni efekat (*RTE* = .12, σ^2 *RTE* = 14.38, 95% *CI* = -.64.– .89), ali zbog dokazanog modela potpune medijacije, postoji osnov pretpostavci da se većina njegove varijanse može pripisati indirektnom efektu, budući da je direktni u ukupnom modelu neznačajan.

Uvidom u parametre predikcije razlikâ među ispitanicima (tabela 2.8.40) možemo videti da nijedan od parametara u modelu ne ostvaruje značajan doprinos objašnjenju razlikâ među ispitanicima. Izuzev već opisane razlike u promeni vrednosti očekivanja ishoda tretmana, vidimo da se ispitanici među sobom dominantno razlikuju u prediktivnom putu *a* (tabela 2.8.41), te da varijansa nasumičnog indirektnog efekta potiče pre svega od visokog varijabiliteta ispitanika u ovoj relaciji. Međutim, početni nivo očekivanja ishoda tretmana ne poseduje eksplanatorni potencijal za ove razlike, te se one mogu pripisati uticaju trećih varijabli koje nisu obuhvaćene našim modelom.

Tabela 2.8.40. Moderacija celokupnog Modela 3. - Parametri predikcije razlikâ među ispitanicima

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>A put</i>				
<i>X</i> : Promena očekivanja ishoda tretmana	.04	-.46	.94	-.94 – .87
<i>W</i> : Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	.88	.96	.35	-.99 – 2.76
<i>XW</i> : Interakcija <i>X</i> i <i>W</i>	.33	.47	.70	-.59 – 1.26
<i>Z</i> : Kvadrirana vrednost <i>W</i>	.14	2.89	.05	-5.51 – 5.08
<i>ZX</i> : Interakcija <i>X</i> i <i>Z</i>	.08	.21	.36	-.34 – .49
<i>B put</i>				
<i>M</i> : Promena ličnog optimizma	-.02	.20	.90	-.42 – .37
<i>W</i> : Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-2.62	6.42	.68	-15.20 – 9.95
<i>WM</i> : Interakcija <i>W</i> i <i>M</i>	.51	.55	.35	-.57 – 1.59
<i>Z</i> : Kvadrirana vrednost <i>W</i>	-2.49	3.81	.51	-9.95 – 4.98
<i>ZM</i> : Interakcija <i>Z</i> i <i>M</i>	.19	.26	.46	-.32 – .71

<i>C' put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	-.44	1.36	.75	-3.12 – 2.23
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-2.62	6.42	.68	-15.20 – 9.95
XW: Interakcija X i W	.54	1.24	.66	-1.88 – 2.69
Z: Kvadrirana vrednost W	-2.49	3.81	.51	-9.95 – 4.98
ZX: Interakcija X i Z	.17	1.14	.88	-2.06 – 2.41

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; X = prediktor; W = moderator; M = medijator; Z = kvadrirana vrednost moderatora; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%

Tabela 2.8.41. *Deskriptivni pokazatelji razlikâ između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 3.*

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
X	6.12**	.52	.00	5.10 – 7.13	.18	3.44	.95	-6.57 – 6.93
SA	.86**	.08	.00	.70 – 1.02	.01	.26	.98	-.49 – .51
SB	.01	.07	.87	-.12 – .14	.01	.02	.38	-.02 – .04
SC'	.09	.10	.38	-.11 – .29	.02	.03	.57	-.04 – .07

Napomena: X = prediktor; SA = nagib puta a; SB = nagib puta b; SC' = nagib puta c'; M = aritmetička sredina razlikâ; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine razlikâ; σ^2 = varijansa razlikâ među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse razlikâ, *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* < .01 **

Dobijeni rezultati nisu preterano začuđujući s obzirom da smo u analizi krive latentnog rasta pozitivnog afekta došli do zaključka da pozitivan afekat ne manifestuje statistički značajan porast u funkciji protoka tretmana, čime je varijabilitet promene kriterijumske varijable u ovom modelu značajno snižen i takoreći teži nuli. S tim u vezi, a i uzimajući u obzir visoku verovatnoću greške tipa II, mislimo da navedene rezultate treba uzet sa rezervom. Naime, odsustvo varijabiliteta prediktivnog puta *b* uz značajan nasumični indirektni efekat verovatno se može pripisati niskom varijabilitetu kriterijumske varijable, što je u ovom slučaju stepen promene pozitivnog afekta, te je samim tim i prediktivni potencijal kako prediktora tako i moderatora doveden u pitanje.

Moderacija medijacionog modela 4.

Nasumični indirektni efekat za ovaj model nizak je i neznačajan (*RIE* = .07; *CI* = -.15 – .28), a varijansa mu je upadljivo niža od prethodna dva modela (σ^2 *RIE* = 3.95), iako je i dalje supstancijalno različita od nulte. Isto se može reći i za ukupni efekat (*RTE* = .12, σ^2 *RTE* = 5.68, 95% *CI* = -.37 – .69), čija visoka vrednost varijanse verovatno biva objašnjena visokom varijansom indirektnog efekta, imajući u vidu model potpune medijacije.

Interpretacija moderacije prethodno opisanog modela 3 gotovo je u potpunosti kompatibilna ovom modelu. Odsustvo bilo kakvog eksplanatornog doprinosa moderatorskih varijabli (tabela 2.8.42) sugeriše da početni nivo očekivanja ishoda tretmana ne manifestuje moć objašnjenja nasumičnih efekata ovog modela. S druge strane, deskriptivni pokazatelji razlika između ispitanika (tabela 2.8.43)

sugerišu da su pomenute varijanse nasumičnih efekata supstancijalno različite od nule, ali u suštini neznačajne te da se imaju pripisati jedino već opisanoj varijaciji u prediktorskoj varijabli, odnosno razlici u stepenu promene očekivanja ishoda tretmana među ispitanicima uključenim u uzorak.

Tabela 2.8.42. *Moderacija celokupnog Modela 4. - Parametri predikcije razlikâ među ispitanicima*

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>A put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	.07	6.10	.99	-11.98 – 12.03
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-.03	34.28	.99	-67.23 – 67.17
XW: Interakcija X i W	.32	34.73	.99	-67.75 – 68.39
Z: Kvadrirana vrednost W	-.14	96.60	.99	-189.49 – 189.19
ZX: Interakcija X i Z	.12	3.87	.97	-7.46 – 7.70
<i>B put</i>				
M: Promena ličnog optimizma	-.15	5.06	.97	-10.07 – 9.77
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-.34	7.74	.96	-15.51 – 14.82
WM: Interakcija W i M	-.02	3.82	.99	-7.52 – 7.47
Z: Kvadrirana vrednost W	-1.05	46.75	.98	-92.69 – 90.59
ZM: Interakcija Z i M	-.05	.72	.94	-1.47 – 1.37
<i>C' put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	-0.26	3.20	.93	-6.50 – 6.01
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-0.34	7.74	.96	-15.51 – 14.82
XW: Interakcija X i W	1.06	6.82	.87	-12.31 – 14.40
Z: Kvadrirana vrednost W	-1.05	46.76	.98	-92.69 – 90.59
ZX: Interakcija X i Z	0.46	15.95	.97	-30.79 – 31.72

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; X = prediktor; W = moderator; M = medijator; Z = kvadrirana vrednost moderatora; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%

Tabela 2.8.43. *Deskriptivni pokazatelji razlikâ između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 4.*

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
X	6.12**	.52	.00	5.11 – 7.13	.18	31.44	.99	-62.20 – 62.58
SA	.48	2.92	.87	-5.25 – 6.20	.03	.97	.98	-1.87 – 1.92
SB	-.02	.59	.97	-1.18 – 1.15	.01	.21	.94	-.39 – .43
SC'	.12	.30	.70	-.47 – .71	.02	.58	.97	-1.12 – 1.16

Napomena: X = prediktor; SA = nagib puta a; SB = nagib puta b; SC' = nagib puta c'; M = aritmetička sredina razlikâ; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine razlikâ; σ^2 = varijansa razlikâ među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse razlikâ, *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* < .01 **

Jednako kao i u prethodnom testiranom modelu, pri interpretaciji ovih rezultata valja imati na umu takođe nizak varijabilitet kriterijumske varijable. Naime, analiza krive latentnog rasta

zadovoljstva životom sugerisala je da promena ove varijable unutar ispitanika ne doseže nivo statističke značajnosti, a kako vidimo ispitanici se među sobom ne razlikuju značajno u ovom trendu, što je takođe kompatibilno rezultatima pomenute analize.

Moderacija medijacionog modela 5.

Nasumični indirektni efekat ($RIE = -.15$; $\sigma^2 RIE = .34$; $CI = -.36 - .06$) po svojim parametrima sugerise da je ovaj indirektni put zajednički svim ispitanicima u uzorku, odnosno da ne postoji treća varijabla čije vrednosti utiču na izraženost ovog prediktivnog puta. S druge strane, značajan ukupni nasumični efekat ($RTE = -.77$, $\sigma^2 RTE = 1.03$, $95\% CI = -1.17 - -.36$), kao i njegova varijansa različita od nulte, upućuju da uticaj trećih varijabli na razliku između ispitanika postoji i treba ga testirati.

Tabela 2.8.44. *Moderacija celokupnog Modela 5. - Parametri predikcije razlikâ među ispitanicima*

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	<i>95% CI</i>
<i>A put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	.19	.46	.68	-.72 – 1.12
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-2.01	2.57	.43	-7.05 – 3.02
XW: Interakcija X i W	.12	.56	.83	-.96 – 1.21
Z: Kvadrirana vrednost W	-.46	.57	.42	-1.58 – .66
ZX: Interakcija X i Z	-.03	.20	.88	-.43 – .37
<i>B put</i>				
M: Promena generalizovane self-efikasnosti	-.43	.41	.29	-1.23 – .37
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-4.72*	2.41	.04	-9.44 – -.02
WM: Interakcija W i M	-.22	.62	.72	-1.42 – .99
Z: Kvadrirana vrednost W	-1.61	1.55	.30	-4.65 – 1.43
ZM: Interakcija Z i M	.06	.37	.71	-.26 – .39
<i>C' put</i>				
X: Promena očekivanja ishoda tretmana	.20	1.43	.89	-2.62 – 3.02
W: Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	-4.72*	2.41	.04	-9.44 – -.02
XW: Interakcija X i W	.26	.98	.79	-2.27 – 2.19
Z: Kvadrirana vrednost W	-1.61	1.55	.30	-4.65 – 1.43
ZX: Interakcija X i Z	-.56	.61	.40	-1.87 – .75

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; X = prediktor; W = moderator; M = medijator; Z = kvadrirana vrednost moderatora; B = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; *95% CI* = interval pouzdanosti od 95%; $p < .05^*$

Interesantan je statistički značajan eksplanatorni doprinos početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana u objašnjenju razlike između ispitanika u stepenu promene opšte uznemirenosti (tabela 2.8.44). Negativni sirovi regresioni koeficijent glavnog efekta moderatorske varijable ističe potencijal

moderatora da objasni izraženost medijacionih relacija b i c' putem objašnjenja raspršenja kriterijumske varijable. Drugim rečima, što je veće početno očekivanje ishoda tretmana, to je varijacija između ispitanika u promeni opšte uznemirenosti manja. Samim time, stepen raspršenja uzorka od prosečne krive opadanja opšte uznemirenosti biva manji, te mogućnost promene očekivanja ishoda tretmana da predvidi promenu opšte uznemirenosti raste i za direktni i za indirektni prediktivni efekat. Potvrdu ovakvom nalazu možemo videti i u deskriptivnim pokazateljima razlika između ispitanika za ovaj medijacioni model (tabela 2.8.45). Ispitanici se značajno razlikuju u izraženosti b i c' prediktivnih puteva. Možemo zaključiti da moderatorska varijabla početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana ima potencijal da objasni ove razlike i to svojim negativnim prediktivnim doprinosom u objašnjenju raspršenja zavisne varijable. Pojednostavljeno, osobe sa višim početnim očekivanjem ishoda sličnije su među sobom u smanjenju opšte uznemirenosti, pa je taj homogeniji trend lakše predvideti porastom očekivanja ishoda tretmana.

Tabela 2.8.45. *Deskriptivni pokazatelji razlikâ između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 5.*

	M	$se M$	p	95% CI	σ^2	$se \sigma^2$	p	95% CI
X	6.12**	.48	.00	5.18 – 7.05	.17	2.96	.95	-5.64 – 5.97
SA	.15	.13	.25	-.06 – .40	.10	.44	.82	-.76 – .96
SB	.46**	.09	.00	.31 – .63	.05	.05	.32	-.05 – .15
SC'	-.29**	.07	.00	-.40 – -.17	.07	.07	.68	-.11 – .16

Napomena: X = prediktor; SA = nagib puta a ; SB = nagib puta b ; SC' = nagib puta c' ; M = aritmetička sredina razlikâ; $se M$ = standardna greška aritmetičke sredine razlikâ; σ^2 = varijansa razlikâ među ispitanicima; $se \sigma^2$ = standardna greška varijanse razlikâ, p = parametar značajnosti; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Moderacija medijacionog modela 6.

U ovom modelu varijabilitet indirektnog efekta u uzorku nije se pokazao kao značajan s obzirom na neznačajne vrednosti nasumičnog indirektnog efekta i varijanse koja teži nuli ($RIE = -.11$; $\sigma^2 RIE = .02$; $CI = -.24 - .02$). Isto se može reći i za ukupni nasumični efekat ($RTE = -.32$, $\sigma^2 RTE = .04$, $95\% CI = -.55 - .10$). Imajući u vidu neznačajne nasumične efekte i njihovu gotovo nultu varijansu, moderacioni uticaj početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na medijacioni model nije ni testiran, s obzirom da ne postoji varijansa između ispitanika koju bi pretendovao da objasni.

Moderacija medijacionog modela 7.

Iako nije statistički značajan, nasumični indirektni efekat ($RIE = .14$; $\sigma^2 RIE = 12.55$; $CI = -.32 - .60$) svojom velikim raspršenjem od prosečne vrednosti sugerise moderacioni uticaj treće varijable koja po svojim vrednostima razlikuje ispitanike u predikciji porasta pozitivnog efekta ovim putem. Nasumični ukupni efekat ($RTE = .15$, $\sigma^2 RTE = 15.81$, $95\% CI = -.60 - .89$) takođe je neznačajan ali mu je stepen raspršenja nešto obuhvatniji od raspršenja nasumičnog indirektnog efekta. Razlika na nivou druge decimale u vrednostima ukupnog i indirektnog efekta nameću zaključak da se u ovom modelu potpune medijacije većina neobjašnjene varijanse između ispitanika odnosi na varijansu indirektnog puta.

Rezultati analize multilevel medijacije moderirane početnim nivoom očeivanja ishoda tretmana (tabela 2.8.46) sugerišu da ne postoji značajni potencijal početnog nivoa očeivanja ishoda tretmana da objasni razlike između ispitanika u Modelu 7. Kao jedini statistički značajan izdvaja se glavni efekat promene medijatora u predviđanju *b* puta predikcije. Drugim rečima, možemo zaključiti da, što je veća varijacija između ispitanika u promeni medijatora, to je veća varijacija u promeni pozitivnog afekta. S druge strane, iz tabele sa deskriptivnim pokazateljima razlika među ispitanicima (tabela 2.8.47), vidimo da se, osim značajne varijacije promene očeivanja ishoda tretmana, kao značajna izdvaja razlika u putu *a*, što vodi zaključku da se varijacije između ispitanika u putu *a* ovog modela ne mogu objasniti moderatorskim uticajem početnog nivoa očeivanja ishoda tretmana, ali da ona evidentno postoji.

Tabela 2.8.46. Moderacija celokupnog Modela 7. - Parametri predikcije razlikâ među ispitanicima

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>A put</i>				
X: Promena očeivanja ishoda tretmana	-.09	.69	.99	-1.37 – 1.31
W: Početni nivo očeivanja ishoda tretmana	.75	1.23	.54	-1.67 – 3.18
XW: Interakcija X i W	.16	.60	.79	-1.02 – 1.35
Z: Kvadrirana vrednost W	.16	1.86	.93	-3.49 – 3.82
ZX: Interakcija X i Z	.13	.11	.24	-.09 – .35
<i>B put</i>				
M: Promena gen. self-efikasnosti	.95**	.19	.00	.57 – 1.33
W: Početni nivo očeivanja ishoda tretmana	-.76	5.99	.90	-12.52 – 10.99
WM: Interakcija W i M	.43	.39	.26	-.32 – 1.19
Z: Kvadrirana vrednost W	-2.53	2.89	.38	-8.21 – 3.15
ZM: Interakcija Z i M	.25	.45	.59	-.64 – 1.13
<i>C' put</i>				
X: Promena očeivanja ishoda tretmana	-.30	1.90	.87	-4.04 – 3.43
W: Početni nivo očeivanja ishoda tretmana	-.76	5.99	.90	-12.52 – 10.99
XW: Interakcija X i W	.15	.68	.83	-1.21 – 1.52
Z: Kvadrirana vrednost W	-2.53	2.89	.38	-8.21 – 3.15
ZX: Interakcija X i Z	.36	.82	.66	-1.25 – 1.97

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; X = prediktor; W = moderator; M = medijator; Z = kvadrirana vrednost moderatora; *B* = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* <.01**

Tabela 2.8.47. *Deskriptivni pokazatelji razlikâ između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 7.*

	<i>M</i>	<i>se M</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>	σ^2	<i>se</i> σ^2	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>X</i>	6.11**	.52	.00	5.09 – 7.12	.17	2.73	.95	-5.20 – 5.53
<i>SA</i>	.86**	.08	.00	.70 – 1.02	.09	.31	.98	-.61 – .62
<i>SB</i>	.01	.07	.92	-.13 – .15	.01	.01	.33	-.01 – .04
<i>SC'</i>	.09	.12	.45	-.15 – .34	.01	.04	.69	-.06 – .09

Napomena: *X* = prediktor; *SA* = nagib puta a; *SB* = nagib puta b; *SC'* = nagib puta c'; *M* = aritmetička sredina razlikâ; *se M* = standardna greška aritmetičke sredine razlikâ; σ^2 = varijansa razlikâ među ispitanicima; *se* σ^2 = standardna greška varijanse razlikâ, *p* = parametar značajnosti; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* <.01**

Moderacija medijacionog modela 8.

Nasumični indirektni efekat (*RIE* = .06; σ^2 *RIE* = 7.61; *CI* = -.18 – .29) u ovom modelu mali je i neznačajan ali visoko varira između ispitanika, sugerišući moderatorski uticaj trećih varijabli na izraženost ovog medijacionog puta. Na sličan zaključak navodi i ukupni nasumični efekat (*RTE* = .13, σ^2 *RTE* = 10.21, 95% *CI* = -.44 – .71), a razlika u njihovim apsolutnim vrednostima sugeriše da se dobar deo nasumičnog ukupnog efekta ostvaruje indirektnim putem.

Tabela 2.8.48. *Moderacija celokupnog Modela 8. - Parametri predikcije razlikâ među ispitanicima*

	<i>B</i>	<i>se B</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>
<i>A put</i>				
<i>X</i> : Promena očekivanja ishoda tretmana	.15	.47	.75	-.77 – 1.07
<i>W</i> : Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	.22	24.05	.99	-46.92 – 47.35
<i>XW</i> : Interakcija <i>X</i> i <i>W</i>	.19	5.90	.97	-11.38 – 11.76
<i>Z</i> : Kvadrirana vrednost <i>W</i>	.05	3.38	.98	-6.57 – 6.67
<i>ZX</i> : Interakcija <i>X</i> i <i>Z</i>	.02	.52	.96	-1.00 – 1.05
<i>B put</i>				
<i>M</i> : Promena gen. self-efikasnosti	1.36**	.37	.00	.63 – 2.09
<i>W</i> : Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	.52	35.45	.98	-68.96 – 69.99
<i>WM</i> : Interakcija <i>W</i> i <i>M</i>	.16	.36	.66	-.55 – .86
<i>Z</i> : Kvadrirana vrednost <i>W</i>	.07	1.73	.97	-3.47 – 3.34
<i>ZM</i> : Interakcija <i>Z</i> i <i>M</i>	-.03	.21	.90	-.44 – .39
<i>C' put</i>				
<i>X</i> : Promena očekivanja ishoda tretmana	-.55	1.25	.66	-2.99 – 1.99
<i>W</i> : Početni nivo očekivanja ishoda tretmana	.52	35.45	.98	-68.96 – 69.99
<i>XW</i> : Interakcija <i>X</i> i <i>W</i>	.63	9.89	.95	-18.75 – 20.02
<i>Z</i> : Kvadrirana vrednost <i>W</i>	.07	1.73	.97	-3.47 – 3.34
<i>ZX</i> : Interakcija <i>X</i> i <i>Z</i>	-.23	.77	.76	-1.73 – 1.27

Napomena: *A put* = uticaj prediktora na medijator; *B put* = uticaj medijatora na kriterijum; *C' put* = direktni efekat prediktora na kriterijum; *X* = prediktor; *W* = moderator; *M* = medijator; *Z* = kvadrirana vrednost moderatora; *B* = nestandardizovani regresioni koeficijent; *se B* = standardna greška nestandardizovanog regresionog koeficijenta; 95% *CI* = interval pouzdanosti od 95%; *p* <.01**

Gotovo istovetni rezultati moderacije prethodnog modela, rezultati moderacije multilevel medijacionog modela 8 (tabela 2.8.48) upućuju na zaključak da moderatorska varijabla početnog ne doprinosi objašnjenju razlika između ispitanika u ovom modelu. Kao jedini značajan opet se izdvaja glavni efekat medijatorske varijable sugerišući da varijacija između ispitanika u promeni generalizovane self-efikasnosti pozitivno predviđa varijaciju zadovoljstva životom između ispitanika. S druge strane, tabela deskriptivnih pokazatelja razlika između ispitanika (tabela 2.8.49) upućuje na zaključak da se značajni nasumični efekti u ovom modelu javljaju kao posledica varijacije promene očekivanja ishoda tretmana između ispitanika, te delom varijacije prediktivnog puta a , što nije objašnjeno moderacionim uticajem vrednosti početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana.

Tabela 2.8.49. Deskriptivni pokazatelji razlika između ispitanika u moderaciji celokupnog Modela 8.

	M	$se M$	p	95% CI	σ^2	$se \sigma^2$	p	95% CI
X	6.11**	.50	.00	5.13 – 7.08	.18	3.46	.96	-6.59 – 6.96
SA	.45	.24	.07	-.03 – .92	.01	.33	.99	-.66 – .65
SB	-.05	.21	.82	-.46 – .37	.01	.01	.64	-.01 – .01
SC'	.20	.64	.76	-1.07 – 1.46	.01	.04	.92	-.08 – .09

Napomena: X = prediktor; SA = nagib puta a ; SB = nagib puta b ; SC' = nagib puta c' ; M = aritmetička sredina razlika; $se M$ = standardna greška aritmetičke sredine razlika; σ^2 = varijansa razlika među ispitanicima; $se \sigma^2$ = standardna greška varijanse razlika; p = parametar značajnosti; 95% CI = interval pouzdanosti od 95%; $p < .01$ **

Nakon sprovedenih analiza moderacionog uticaja pteretmanskih očekivanja ishoda tretmana na ranije testirane medijacione modele, u tabeli 2.8.50 možemo videti zbirno predstavljene nasumične ukupne i indirektno efekte testiranih modela.

Tabela 2.8.50. Parametri nasumičnih efekata za testirane modele

		<i>Model</i>						
<i>Br.</i>	<i>Medijator</i>	<i>Kriterijum</i>	<i>RTE</i>	σ^2_{RTE}	95% CI	<i>RIE</i>	σ^2_{RIE}	95% CI
1.	Optimizam	Opšta uznemirenost	-.62*	1.93	-1.09 – -.16	-.03	.07	-.19 – .25
2.	Optimizam	Negativni afekat	-.32	16.57*	-1.02 – .04	-.13	13.37*	-.63 – .36
3.	Optimizam	Pozitivni afekat	.12	14.38*	-.64 – .89	.16	11.41*	-.36 – .68
4.	Optimizam	Zadovoljstvo životom	.12	5.68*	-.37 – .69	.07	3.95*	-.15 – .28
5.	Self-efikasnost	Opšta uznemirenost	-.77*	1.03	-1.17 – -.36	-.15	.34	-.36 – .06
6.	Self-efikasnost	Negativni afekat	-.32	.04	-.55 – .10	-.11	.02	-.24 – .02
7.	Self-efikasnost	Pozitivni afekat	.14	15.81*	-.60 – .89	.14	12.55*	-.32 – .60
8.	Self-efikasnost	Zadovoljstvo životom	.13	10.21*	-.44 – .71	.06	7.61*	-.18 – .29

Napomena: RTE = nasumični ukupni efekat; σ^2_{RTE} = varijansa nasumičnog ukupnog efekta; RIE = nasumični indirektni efekat; σ^2_{RIE} = varijansa nasumičnog indirektnog efekta; 95% CI = interval pouzdanosti od 95% generisan na 2000 nasumičnih setova podataka, $p < .05$ *

Vidimo da preduslove za testiranje moderacije, odnosno značajne nasumične efekte ili pak varijansu istih značajno različitu od nule (Bauer, Preacher, & Gil, 2006) zadovoljavaju svi modeli

izuzev modela 6. Interesantno, značajan nasumični ukupni efekat manifestuju modeli gde se kao kriterijum pojavljuje opšta uznemirenost, dok indirektni efekti u njima ne zadovoljavaju kriterijume statističke značajnosti, niti su im raspršenja značajno različita od nultog. Ostali modeli ne manifestuju značajne prosečne nasumične efekte, ali su kod njih raspršenja nasumičnih efekata veoma visoka, indikujući da su same vrednosti nasumičnih efekata posledica uprosečavanja vrednosti velikog raspršenja i samim tim statistički neznčajna, ali da uticaj trećih varijabli na postojanost modela postoji (Bauer, Preacher, & Gil, 2006).

Iz analizâ moderacije testiranih medijacionih modela početnom vrednošću očekivanja ishoda tretmana mogli smo da vidimo da ova varijabla ostvaruje veoma skroman doprinos u objašnjavanju razlika između ispitanika. Pa ipak, detektovan je granično značajan interakcijski efekat sa prediktorom u modelu 2, upućujući da, kod osoba sa višim nivoom početnih očekivanja ishoda tretmana, porast očekivanja ishoda tretmana bolje predviđa smanjenje negativnog afekta. Takođe, osobe sa višim početnim očekivanjem ishoda tretmana homogenije su u smanjenju opšte uznemirenosti, pa je taj trend lakše predvideti porastom očekivanja ishoda tretmana. Niti u jednom od testiranih modela nije detektovan značajni doprinos kvadriranih vrednosti početnih očekivanja, što navodi na zaključak da ga ili nema ili da naš uzorak svojom veličinom uzrokuje da zaključujemo sa greškom tipa II, na šta donekle upućuju i malopre pomenuti nalazi o sporadičnim doprinosima moderatorske varijable na granici značajnosti.

S druge strane, iz analizâ moderacije modela 7 i 8 mogli smo da primetimo da stepen raspršenja od prosečne krive latentnog rasta generalizovane self-efikasnosti ostvaruje glavni efekat, odnosno značajno predviđa stepen raspršenja od prosečne krive latentnog rasta pozitivnog afekta i zadovoljstva životom i to u modelima koji potvrđuju medijacionu ulogu promene generalizovane self-efikasnosti u relaciji promene očekivanja ishoda tretmana i promene ovih kriterijuma. Ovo je posebno zanimljivo u kontekstu nalaza da se na nivou proseka promene pozitivnog afekta i zadovoljstva životom ne mogu detektovati. Drugim rečima, što je uzorak homogeniji u porastu self-efikasnosti, to je homogeniji i u porastu pozitivnog afekta i zadovoljstva životom, što nažalost i dalje ne implicira kauzalni zaključak da je porast zadovoljstva životom i pozitivnog afekta uzrokovana porastom generalizovane self-efikasnosti i to u kasnijim fazama tretmana. Ovakva pak pravilnost ne odnosi se na promene opšte uznemirenosti i negativnog afekta jer se ispostavilo da porast generalizovane self-efikasnosti sa nima nije neposredno kauzalno povezan, verovatno zbog toga što se glavnina promene ovih varijabli dešava pre promene generalizovane self-efikasnosti.

2.9. DISKUSIJA

2.9.1. Diskusija: veličina uzorka i specifičnosti osipanja

Naš inicijelni uzorak sastojao se od 117 ispitanika, dok se finalni uzorak ispitanika, koji su završili predviđeni tretman i odazvali se pozivu da tri meseca nakon završenog tretmana popune poslednju bateriju instrumenata, sastojao od 36 ispitanika, odnosno tek 30.8% od inicijelnog uzorka. Ovaj relativno velik procenat osutog uzorka od skoro 70% na prvu ruku deluje zabrinjavajuće i prevazilazi rezultate u dosadašnjim istraživanjima. Na primer, u prvoj metaanalitičkoj studiji odustanka od tretmana Wierbicki i Pekarik nalaze da, u 125 dotadašnjih studija, od tretmana prosečno odustane od 47 do 60% klijenata (Wierbicki & Pekarik, 1993). Proširujući njihovu studiju na 669 studija sa ukupno preko 80.000 klijenata, Swift i Greenberg nalaze da je taj procenat u proseku 19.7% ali da je nalaz značajno moderiran prevažodno karakteristikama klijenta i brojnim drugim tretmanskim varijablama koje uzrokuju varijaciju opsega od 0 do 74% (Swift & Greenberg, 2012). Međutim, ako uzmemo u obzir trend osipanja našeg uzorka, doći ćemo do zaključka da je on u skladu sa malopre iznetim nalazima. Naime, između prvog i drugog merenja, odnosno nakon dijagnostičkog intervjua, 12.8% naših klijenata nije se odazvalo pozivu na prvu tretmansku seansu, što je daleko ispod očekivanog proseka. Sumirajući dotadašnje nalaze, Garfield (1994) zaključuje da se između 23 i 49% klijenata nakon inicijelnog intervjua ne odazove na prvu tretmansku seansu i ističe da se ova pojava ne može imenovati odustankom od tretmana jer on još nije ni počeo, već pre odbijanjem tretmana, te se može tretirati kao osipanje uzorka istraživanja, ali ne i kao osipanje terapijskog uzorka (Garfield, 1994). Dodatno, ako ukupnom procentu našeg osutog uzorka oduzmemo i 9.4% ukupnog uzorka što čine oni ispitanici koji su priveli tretman kraju odnosno završili ga ali se iz nekog razloga nisu odazvali pozivu za poslednje merenje tri meseca nakon završetka tretmana, dolazimo do zaključka da je od 102 ispitanika koji su započeli tretman, njih 47 odnosno 46% tretman privelo kraju, dok je tokom trajanja tretmana iz istraživanja odustalo 54% ispitanika. Ovakav rezultat u potpunosti je u skladu sa nalazima pomenutih metaanalitičkih studija (Swift & Greenberg, 2012; Wierbicki & Pekarik, 1993) i očekivanjima koja na osnovu njih možemo formirati, te možemo zaključiti da naše istraživanje ne odstupa od ranije primećenih procenata.

S druge strane, posmatrajući razlike u osutim uzorcima tokom istraživanja, kako u poređenju sa preostalim uzorkom tako i poredeći ih međusobno, mogli smo primetiti da ispitanici koji odustaju nakon treće i nakon šeste tretmanske seanse pokazuju neke specifičnosti na praćenim varijablama, što implicira da odustanak od tretmana kod pomenutih ispitanika verovatno nije motivisan istim razlozima. Na ovu pojavu opravdano nam skreće pažnju Kazdin kada primećuje da se u kliničkim istraživanjima pitanje odustanka od tretmana usled metodoloških ograničenja najčešće tretira neopravdano uniformno. Pored klijenata koji od tretmana odustanu usled nezadovoljstva,

neispunjenih očekivanja ili drugih ograničavajućih faktora, on skreće pažnju na klijente koji odustaju od tretmana jer su dostigli željeni nivo poboljšanja i u određenom trenutku pre završetka vremenski ograničene tretmanske sekvence za tretmanom više ne osećaju potrebu. Ovakvi klijenti po njemu jednako bivaju tretirani kao i ispitanici odustali od tretmana zbog, na primer, nezadovoljstva brzinom postizanja efekta tretmana, čime istraživanja gube veliki korpus važnih podataka (Kazdin, 2004). Drugim rečima, klijenti ostaju na tretmanu dok subjektivno ne procene da su iskusili dovoljan nivo poboljšanja (Baldwin, Berkeljon, & Atkins, 2009; Barkham et al., 2006; Stiles, Barkham, Connell, & Mellor-Clark, 2008). Da ovakva pretpostavka ima svoju empirijsku potporu sugerišu brojni nalazi istraživanja evaluacije tretmana, te relacije trajanja i efekata tretmana (npr. Barkham et al., 2006; Barrett et al., 2008; Cahill et al., 2003; Simon et al., 2012; Westmacott et al., 2010), ali i jednostavne retrospektivne studije korisnika psihoterapijskih usluga. Istraživači američkog časopisa *Consumer Reports* analizirali su retrospektivne odgovore oko 4000 njihovih čitalaca o psihoterapijskim iskustvima i između ostalog došli do nalaza da oko 60% psihoterapijskih klijenata odustaju od tretmana zato što su postigli željeni nivo promene, te da je taj procenat relativno nezavisan od dužine trajanja tretmana (Consumer Reports, 1995). Analizirajući metodološke nedostatke ove naturalističke studije, jedan od glavnih stručnih konsultanata u njoj, Martin Seligman, pretpostavlja da je ovakav rezultat posledica uprosečavanja tretmanâ veoma varijabilnih u trajanju, te da je logičnije očekivati da je odustanak od tretmana usled odsustva promene i nezadovoljstva tretmanom pojava karakteristična za rane faze tretmana, dok je odustanak usled dostignutog nivoa željene promene karakteristično za kasnije tretmanske faze (Seligman, 1995). Naše istraživanje potkrepljuje ovu Seligmanovu pretpostavku nalazom da se, u poređenju sa preostalim uzorkom, klijenti koji odustaju od tretmana nakon treće seanse na poslednjoj terapijskoj seansi izveštavaju o značajno nižim indikatorima blagostanja, odnosno odustaju zato što ne osećaju poboljšanje, dok upravo suprotno u poređenju sa njima, klijenti koji odustaju od tretmana nakon šeste seanse manifestuju statistički značajno poboljšanje. Veoma zanimljivo, Barkham i saradnici takođe nalaze da najveći procenat psihoterapijskih klijenata primarne zdravstvene zaštite u Velikoj Britaniji postignu željeni nivo poboljšanja i prekinu sa tretmanom upravo nakon šest tretmanskih seansi (Barkham et al., 2006), što potvrđuju i kasnija istraživanja (npr. Baldwin et al., 2009). Relativno skromna statistička značajnost razlikâ u poređenju našeg uzorka osutog nakon šeste seanse odnosno nakon četvrtog merenja u poređenju sa preostalim uzorkom jeste na granici prihvatljivosti, ali ipak veoma informativna i to iz više razloga. Prvo, jedina statistički značajna razlika pojavila se u višim vrednostima self-efikasnosti, implicitno potvrđujući pretpostavke teoretičara kontekstualnih modela da je kod ovih ispitanika verovatno došlo do promene u ponašanju, odnosno bihejvioralne aktivacije koja je rezultovala povišenom self-efikasnošću i doživljajem ovladavanja sopstvenim iskustvima (Fish, 1973; Frank & Frank, 1991; Kirsch, 1990; Schwarzer, 1992), a koja bi u neposrednoj budućnosti dovela do porasta pozitivnih indikatora mentalnog zdravlja, ali nam je usled njihovog odustanka od tretmana taj podatak nedostupan. S druge strane, odsustvo statistički značajnih razlika klijenata odustalih nakon šeste seanse u odnosu na preostali uzorak, naročito odsustvo značajno nižih negativnih indikatora

klijentovog stanja, ne znači nužno da do smanjenja distresa nije došlo. Naime, Cahill i saradnici nalaze da preko 50% klijenata koji samoinicijativno odustanu od tretmana ostvare određen nivo pozitivne promene, dok tek 13% od njih zadovoljava kriterijume klinički značajnog poboljšanja u poređenju sa 71% koji zadovolje iste kriterijume ostavši na tretmanu do kraja (Cahill et al., 2003), što potvrđuju i nalazi preglednih studija (Barrett et al., 2008), dok Bohart i Greaves Wade (2013) zaključuju da kriterijumi poboljšanja kod klijenta u ovakvim slučajevima logično ne mogu biti potvrđeni jer su definisani iz perspektive kliničkih kriterijuma i statističkih normi, što se u značajnoj meri može razlikovati od klijentove percepcije sopstvenog poboljšanja. Ako ovome pak pridodamo nalaze da 65% klijenata završi tretman pre desete seanse (Garfield, 1994), te da većina klijenata u proseku završi tretman za 6 do 8 seansi (Baldwin et al., 2009; Barkham et al., 2006; Phillips, 1985 po Barrett et al, 2008), možemo zaključiti da je naš nalaz o višim vrednostima pozitivnih indikatora mentalnog zdravlja kod klijenata odustalih nakon šeste seanse tretmana u skladu sa prethodno navedenim istraživanjima. Mišljenja smo da se ovi nalazi na naše istraživanje odnose u toj meri više što su izvedeni iz studija na pretežno kliničkim populacijama, što bi implicitno značilo da se ovakve pojave u našem subkliničkom uzorku mogu očekivati u još drastičnijem obliku.

Konačno, razlike u nivou specifičnih očekivanja ishoda tretmana kod ispitanika odustalih nakon treće tretmanske seanse statistički značajno su niža od očekivanja ispitanika koji odustaju pre početka tretmana, nakon prve, te nakon šeste tretmanske seanse, što je kompatibilno ranijim nalazima da klijenti koji imaju doživljaj da konkretni tretman ne ispunjava njihova očekivanja po pitanju sadržaja, brzine ili intenziteta ostvarenog napretka, imaju veću verovatnoću odustanka od tretmana (Davis & Addis, 2002; Garfield, 1994; Knox et al., 2011; Lambert et al, 2005; Westmacott et al., 2010).

2.9.2. Diskusija: ostvarene promene na merenim varijablama

U analizama promene nastale u funkciji protoka tretmana krivama latentnog rasta, naše istraživanje dalo je seriju zanimljivih i provokativnih nalaza. Uprkos metodološkom ograničenju skromnog uzorka koje se moglo primetiti u nekonzistentnim implikacijama apsolutnih nasuprot relativnim indikatorima fita, a implicira veću verovatnoću propuštanja detekcije značajnih efekata po principu greške tipa II usled niske statističke snage, uspeali smo u detekciji statistički značajnih promena.

Prvi upadljiv nalaz tiče se promene negativnih indikatora mentalnog zdravlja, odnosno smanjenja vrednosti opšte uznemirenosti i negativnog afekta u funkciji tretmana. Naime, mogli smo da primetimo da se u vrednostima ovih varijabli kod naših klijenata u proseku najveća statistički značajna promena dešava između prva dva merenja - između inicijelnog dijagnostičkog susreta i prve tretmanske seanse, odnosno pre početka tretmana. Pojava da do značajnog poboljšanja kod klijenata dolazi u periodu između inicijelnog susreta sa terapeutom u svrhu procene klijentovog stanja i prve tretmanske seanse dok se klijent nalazi na listi čekanja sa idejom da će tretman uslediti, u literaturi se

dosledno opisuje više decenija unazad (Baldwin et al., 2009; Frank, Nash, Stone, & Imber, 1963; Kellner & Sheffield, 1971; Lawson, 1994; Pipher & Wogan, 1970; Simon, Imel, & Steinfield, 2012; Shapiro, Struening, & Shapiro, 1980; Wiener-Davis et al., 1987) i najčešće se interpretira kao čist placebo efekat koji nastaje kao posledica delovanja očekivanja pozitivnih efekata tretmana (Bohart & Tallman, 2010; Kirsch, 1990; 1999; Wampold & Imel, 2015), što u potpunosti pruža potporu Frankovom konceptu remoralizacije i pretpostavci o pozitivnom efektu klijentovih očekivanja kao moćnom opštom faktoru promene (Frank & Frank, 1991). Postoje i istraživanja koja nalaze da se u periodu pre početka tretmana statistički i klinički značajne promene mogu primetiti kod preko 60% psihoterapijskih klijenata (Lawson, 1994; Wiener-Davis et al., 1987). Potrebu da se ova pojava razjasni i kontroliše u nacrtima sa listom čekanja ističu Cunningham i saradnici, navodeći da lista čekanja zbog svojih potencijalnih placebo efekata može dovesti do inflacije veličine efekta predstojećeg tretmana upravo posredstvom rasta specifičnih očekivanja ishoda tretmana, te spekulisu da bi konkretan tretman produkovao verovatno manji efekat ukoliko bi klijenti u njega bili uključeni odmah nakon inicijalnog intervjuja, ali da bi na taj način u metodološkom smislu narušili internu validnost studije propustivši kontrolu spontanog protoka vremena (Cunningham, Kypri, & McCambridge, 2013). S druge strane, postoje istraživanja koja ističu da pojedine dijagnostički homogene grupe ispitanika na prisustvo na listi čekanja reaguju upravo suprotno nalazima našeg istraživanja. Na primer, u metaanalitičkoj studiji u kojoj poredi kontrolne uslove kliničkih studija efikasnosti kognitivnog tretmana sa depresivnim klijentima, Furukawa i saradnici nalaze da prisustvo na listi čekanja depresivnih klijenata čak redukuje šanse za uspešan tretman u odnosu na prosto odsustvo tretmana. Komentarišući svoje nalaze, autori ističu da lista čekanja za depresivne klijente ne podstiče placebo već upravo suprotan nocebo efekat (Furukawa et al., 2014), što je primećeno i na pojedinim uzorcima klijenata koji pate od posttraumatskog stresnog poremećaja (Deville & McFarlane, 2009). Ovakve pojave na nivou konačnog uzorka u našem istraživanju nisu primećene, verovatno i zbog uzoračke heterogenosti, ali pre svega zbog subkliničkih intenziteta problema ispitanika uključenih u uzorak.

Trend promene vrednosti negativnih indikatora klijentovog stanja u našem istraživanju u funkciji protoka tretmana opada nelinearno po logici kvadratne funkcije, odnosno najveća promena se detektuje u početnim fazama tretmana, dok sa svakim sledećim merenjem promena biva sve manje značajna. Ovakvu pojavu tzv. *krive negativnog ubrzanja u funkciji protoka tretmana*, kako je u svom klasičnom radu o efektima u funkciji dužine trajanja tretmana nazivaju Howard i saradnici (Howard et al., 1986), dobijena je i replicirana u brojnim studijama, te je postala standardno očekivana pojava u istraživanjima relacija procesa i ishoda tretmana (Baldwin et al., 2009; Barkham et al., 2006; Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993; Kopta, 2003; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994; Lueger et al., 2001; Lutz, Lowry, Kopta, Einstein, & Howard 2001; Stiles et al., 2008; Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007). S obzirom da je u našem istraživanju opšta uzmenirenost merena skalom koja prati akutni distres, a negativni afekat skalom na kojoj ispitanik indikuje izraženost negativnog afekta u proteklih nedelju dana, rezultati koji se tiču ovih varijabli u potpunosti

su u skladu sa teoretičarima tzv. *faznog modela psihoterapije* (Howard et al., 1986) koji upravo i nalaze da se po modelu krive negativnog ubrzanja najpre dešava smanjenje akutnog distresa, dok se indikatori smanjenja hroničnog distresa i najposle karakternih poboljšanja dešavaju kasnije u tretmanu i po istom trendu, ali sa blažim nagibima krive (Kopta et al., 1994). Drugim rečima, ovi autori pretpostavljaju da do promene distresa kod velikog procenta klijenta dolazi u ranim fazama tretmana, a što tretman duže traje, to verovatnoća i veličina postignutog efekta u smanjenju distresa nelinearno raste. Na primer, Barkham i saradnici (2006) nalaze da je u proseku više od 58% psihoterapijskih klijenata institucionalne primarne zdravstvene zaštite već nakon prve tretmanske seanse dostiglo klinički značajno poboljšanje na merama simptoma. Po njihovim nalazima sa svakom sledećom seansom taj procenat ostaje dosledno visok do šeste seanse. Preko tri četvrtine od njihovih 1868 klijenata zaključno sa šestom tretmanskom seansom dostižu smanjenje simptoma do nivoa ispod kliničke značajnosti (Barkham et al., 2006), što je rezultat repliciran i na oko deset hiljada klijenata u ponovljenom istraživanju (Stiles et al., 2008). Jedna od osnovnih kritika upućenih ovim modelima tiče se uniformnosti pretpostavljenih paterni promene, odnosno njihove tvrdnje i sporadičnih empirijskih potvrda da je kriva negativnog ubrzanja efekata tretmana princip promene nezavisan od tipa problema i demografskih karakteristika klijenta, te tipa i dužine tretmana u koji je uključen (Kopta et al., 1994; Lutz et al., 1999). Polazeći od ranijih tvrdnji da ograničavanje tretmana na određen broj seansi može doprineti bržem dostizanju efekata tretmana (Eckert, 1993; Reynolds et al., 1996), Baldwin i saradnici na primer nalaze da je kriva negativnog ubrzanja značajno moderirana dužinom trajanja tretmana, odnosno što je tretman kraći to se njegovi efekti brže postižu i obrnuto, a dužina trajanja tretmana određena je intenzitetom klijentovog problema. U skladu sa time ovi autori tvrde da je uniformna kriva negativnog ubrzanja relativno artificijelna posledica uprosečavanja tretmana različitih dužina (Baldwin et al., 2009), što se na naše istraživanje ne može odnositi s obzirom na konstantnu dužinu trajanja tretmana, te možemo tvrditi da su rezultati promene negativnih indikatora klijentovog stanja konzistentni nalazima Howarda i saradnika (1993).

Sledeći upadljiv nalaz našeg istraživanja tiče se odsustva promene na pozitivnim indikatorima klijentovog stanja. Mogli smo primetiti da u funkciji protoka tretmana na nivou proseka ne dolazi do značajne promene pozitivnog afekta, dok zadovoljstvo životom blago značajno raste i to ne na nivou celokupnog značajnog trenda već samo na nivou blago značajnih razlika u kasnijim fazama tretmana. Ovaj nalaz sugerise da se promene pozitivnih i negativnih indikatora mentalnog zdravlja u funkciji tretmana ne dešavaju paralelno i po istim principima, odnosno da smanjenje distresa ne vodi nužno i povišenju zadovoljstva, što je zaključak konzistentnan istraživanjima o visokoj korelaciji ali ipak relativnoj nezavisnosti kako pozitivnog i negativnog afekta (npr. Diener, Larsen, Levine, & Emmons, 1985; Russell & Carroll, 1999), tako i pozitivnih i negativnih indikatora mentalnog zdravlja (Huppert & Whittington, 2003). Takođe, istraživači tripartitnog modela anksioznih i depresivnih stanja koji pretpostavlja da je visok negativni afekat karakterističan za kliničke manifestacije anksioznosti i depresivnosti, dok je nizak pozitivni afekat karakterističan prevashodno za depresivna stanja (Clark & Watson, 1991), nalaze da je paralelna i obrnuto

proporcionalna promena pozitivnog i negativnog afekta pojava koja je detektovana samo u retkim studijama koje prate efekte psihoterapijskih tretmana na relativno homogenim uzorcima depresivnih klijenata, dok se kod anksioznih klijenata i dijagnostički mešoviti uzoraka registruje samo smanjenje negativnog afekta u funkciji tretmana, dok vrednosti pozitivnog ostaju relativno konstantne i visoke. Interpretacija koju ovi autori nude gotovo se u potpunosti može primeniti i na naše nalaze - kod klijenata koji ne pate od depresivnih stanja i kod kojih stanje zbog kog dolaze na tretman prevashodno karakteriše visok nivo opšte uznemirenosti, ulazne vrednosti pozitivnog afekta bivaju relativno visoke i cilj tretmana kod ovakvih klijenata i jeste redukcija negativnog afekta, a ne rad na povišenju pozitivnog što je slučaj kod depresivnih klijenata (Kring, Persons, & Thomas, 2007). U našem istraživanju repliciran je podatak o gotovo identičnim vrednostima pozitivnog i negativnog afekta na inicijelnom merenju (tabela 2.8.1), a s obzirom da se uzorak sastojao od subkliničke populacije i nije obuhvatao klijente koji pate od depresivnih stanja koja uključuju pojave poput anhedonije, možemo zaključiti da je nalaz o neznčajnoj promeni pozitivnog afekta u funkciji protoka tretmana u skladu sa malopre opisanim nalazima. Dalje, ovakav nalaz implicira i Frankov model opštih faktora koji pretpostavlja da će u početnoj tretmanskoj fazi remoralizacije doći do smanjenja distresa i porasta opštih i specifičnih očekivanja od tretmana, ali ne i porasta zadovoljstva koje je odlika kasnijih faza tretmana i prevashodno posledica bihevioralne aktivacije koja dovodi do porasta doživljaja ovladavanja sopstvenim iskustvima, odnosno self-efikasnosti (Frank & Frank, 1991). S druge strane, isprva se čini da je ovaj naš nalaz u suprotnosti sa pretpostavkama faznog modela psihoterapije. Naime, Howard i saradnici u svom modelu pretpostavljaju da se ishodi u psihoterapijskim tretmanima ostvaruju kroz tri faze. Prva od njih je faza *remoralizacije* u kojoj dolazi do porasta blagostanja klijenta. Postizanje ovakvih efekata uslov je za odvijanje sledeće faze *remedijacije* u kojoj dolazi do smanjenja simptoma i njihove remisije do klinički neznčajnog nivoa, dok treća faza *rehabilitacije* podrazumeva promenu u ponašanju i usvajanje funkcionalnih bihevioralnih obrazaca (Howard et al, 1986). Međutim, problematična odrednica ovog modela krije se u tome što ovi autori porast blagostanja u fazi remoralizacije definišu preko smanjenja opšte uznemirenosti odnosno akutnog distresa a ne preko porasta vrednosti na merama subjektivnog blagostanja (Howard et al., 1993; Kopta et al., 1994), što je postupak koji ignoriše malopre pomenute nalaze o relativnoj nezavisnosti pozitivnih i negativnih indikatora mentalnog zdravlja. Drugim rečima, naš nalaz o odsustvu promene na pozitivnim indikatorima mentalnog zdravlja nije u suprotnosti sa porastom blagostanja kako ga definišu Howard i saradnici (1986; 1993) već ga i potkrepljuje na način koji smo malopre diskutovali, ali dodatno ističe neopravdanost operacionalizacije subjektivnog blagostanja preko smanjenja negativnih indikatora stanja, kao i nužnost da se u istraživanjima ostvarivanja efekata psihoterapijskih tretmana jednako prate i pozitivni i negativni indikatori klijentovog stanja, budući da se promene na ovim varijablama ne dešavaju paralelno, odnosno obrnuto proporcionalno u istim vremenskim tačkama tretmana.

Promena specifičnih očekivanja ishoda tretmana u našem se istraživanju dešava linearno u funkciji protoka tretmana, odnosno specifična očekivanja rastu kako tretman odmiče. Interesantno, u

periodu između inicijalnog dijagnostičkog susreta i prve tretmanske seanse kada dolazi do najvećeg pada vrednosti opšte uznemirenosti i negativnog afekta, specifična očekivanja se ne menjaju. Do njihovog statistički značajnog porasta dolazi tek nakon što klijenti upoznaju terapeuta i stupe u kontakt sa terapijskim ritualima. Ovaj nalaz implicira da sama klijentova ideja da se nalazi na listi čekanja za tretman koji predstoji ne dovodi do porasta očekivanja ishoda, drugim rečima opisani placebo efekat smanjenja vrednosti negativnih indikatora mentalnog zdravlja koji se tiču prewashodno emocionalnih fenomena u našem istraživanju nije niti praćen niti verovatno uzrokovan porastom očekivanja ishoda tretmana. Međutim, onoga trenutka kada tretman počne i klijent u određenoj meri kognitivno obradi i prihvati terapijski racional, specifična očekivanja linearno rastu. Razlog ovakvom nalazu može se verovatno tražiti u specifičnoj upitničkoj operacionalizaciji konstrukta specifičnih očekivanja ishoda instrumentom koji smo koristili za njihovu procenu. Naime, Skala očekivanja promene u svom originalnom obliku (ACES; Dozois & Westra, 2005), a samim tim i u našoj adaptaciji (prilog 3.2.), kao i u adaptaciji prilagođenoj klijentima koji pate od depresivnih stanja (Eddington, Dozois, & Backs-Dermott, 2014) obuhvata 20 ajtema koji se prewashodno odnose na kognitivnu procenu korigibilnosti sopstvenog stanja (npr. *Moji problemi su suviše teški da bi se umanjili tretmanom.*), dosadašnja i aktuelna ponašajna iskustva u nošenju sa sopstvenim stanjem i pokušajima korekcije istog (npr. *Bivao sam ponekad uspešan u smanjivanju svoje uznemirenosti.*), te kognitivne procene efekata buduće promene ponašanja (npr. *Ako se budem dovoljno trudio, mogu pozitivno uticati na moje probleme.*). Ono što ovaj instrument ne obuhvata jeste klijentova procena očekivanja ishoda tretmana na osnovu sopstvenog emocionalnog doživljaja, odnosno emocionalno rezonovanje u terminima kognitivnih teoretičara (Beck, 1995; Beck & Emery, 1985), pa je samim tim i logično očekivati da promene u vrednostima ovako operacionalizovanih očekivanja neće pratiti smanjenje uznemirenosti pre početka tretmana. Na primer, instrument kredibiliteta i očekivanja Devillyja i Borkovca nema ovaj nedostatak pošto sa ukupno dva ajtema poziva ispitanika da odgovori koliko oseća da će mu tretman pomoći, pri čemu u uputstvu za zadavanje skale jasno eksplicira ispitaniku da "uverenost najčešće ima dva aspekta: (1) šta osoba misli da će se dogoditi i (2) šta osoba oseća da će se dogoditi" (Devilly & Borkovec, 2000, str. 84). Mišljenja smo da bi procena očekivanja ishoda tretmana zasnovana na klijentovom emocionalnom doživljaju daleko bolje korespondirala sa promenama na emocionalnom planu koje se dešavaju pre početka tretmana, pogotovo imajući na umu nalaze pomenutih autora da procena očekivanja na osnovu emocionalnih i kognitivnih sadržaja predstavlja visoko korelirane ali ipak odvojene konstrukte, kojima u osnovi mogu ležati različite determinante (Devilly & Borkovec, 2000), ali smo u našem istraživanju primenom specifičnog instrumenta pored kognitivne komponente nažalost propustili da detektujemo i emocionalni aspekt očekivanja ishoda tretmana.

Promena ličnog optimizma u našem istraživanju dešava se linearno, i to tek na liberalnijem nivou statističke značajnosti, indikujući statistički značajan porast u početnim fazama tretmana, dok varijacija ispitanika od nagiba prosečne latentne krive značajna tek na liberalnijem nivou sugerise da je homogenost trenda u ovom slučaju daleko veća u odnosu na dosada komentarisane promene na

zavisnim varijablama. Ova pojava je u određenoj meri intrigantna s obzirom na dosadašnje nalaze. Ona je u izvesnom smislu očekivana s obzirom da je optimizam u većini dosadašnjih istraživanja dominantno tretiran dispoziciono i da pokazuje relativno skromnu tendenciju promene u funkciji protoka vremena (npr. Abraham, 2007; Eid & Diener, 2004; Scheier et al., 2001). Ipak, u kontekstu psihoterapijskih istraživanja optimizam je zastupljen relativno skromno (Abraham, 2007). Na primer, Muran i saradnici nalaze da do porasta ličnog optimizma u funkciji protoka tretmana dolazi i da se ta promena dominantno dešava u centralnim delovima vremenski ograničenog kognitivnog tretmana (Muran et al., 1995) dok Knekt i saradnici nalaze da tokom tretmana lični optimizam raste linearno, te takav se trend nastavlja i nakon tretmana nezavisno od njegovog tipa i dužine (Knekt et al., 2015), a Hoffart i Sexton da je nagib linearnog porasta ličnog optimizma tokom tretmana značajno povezan sa ukupnim merama ishoda tretmana (Hoffart & Sexton, 2002). Ovaj linearni trend porasta u našem istraživanju detektovan je kao veoma blag, za šta možemo tražiti obješnjenja u sledećoj teorijskoj pretpostavki. Naš uzorak sastoji od nekliničke populacije klijenata koji u tretman ulaze sa apriori višim vrednostima ličnog optimizma, samim tim redukujući mogućnost drastičnije promene u funkciji tretmana, dok klijenti sa kliničkim intenzitetom problema verovatno u tretman ulaze sa nižim vrednostima dispozicionog optimizma poput na primer depresivnih klijenata za koje su Karlsson i saradnici demonstrirali da niže vrednosti ličnog optimizma predviđaju veću verovatnoću iniciranja psihoterapijskog tretmana (Karlsson et al., 2011). Ovu pretpostavku potkrepljuje i podatak da tek četiri ispitanika u našem istraživanju na inicijelnom merenju ostvaruju skorove u nižoj polovini teorijskog opsega skale, dok ostali ispitanici skoruju u gornjoj polovini teorijskog opsega, pa je usled verovatnog efekta plafona verovatnoća promene ovih skorova u značajnoj meri svedena na mogućnost detekcije jedino smanjenja skorova, dok se povećanje slabije može detektovati usled visoke zastupljenosti skorova bliskih teorijskom maksimumu. Ovakav nalaz kompatibilan je očekivanjima Garfielda koji pretpostavlja važnu ulogu porasta optimizma u ranim fazama tretmana koji značajno predviđa kasniji ishod tretmana kako linearno, tako i cirkularno (Garfield, 1994).

Porast generalizovane self-efikasnosti u funkciji tretmana u našem se istraživanju dešava nelinearno u maniru kvadratne funkcije, i to na način da na nivou proseka do najvećih porasta dolazi u kasnim fazama tretmana, odnosno između šeste i desete seanse. Takođe, primetna je i statistički granično značajna vrednost promene između inicijelne dijagnostičke seanse i merenja nakon treće tretmanske seanse. Nažalost, skala generalizovane self-efikasnosti u našem istraživanju nije primenjena u drugom merenju, odnosno neposredno pre početka prve tretmanske seanse, pa možemo pretpostaviti da bi sa uvođenjem tog merenja statistički granično značajna razlika u vrednostima između prvog i trećeg merenja bila ravnomerno raspoređena u maniru početnog linearnog trenda na dve ravnoopravno neznačajne razlike između prvog i drugog, te drugog i trećeg merenja, no ova pretpostavka zbog odsustva skorova generalizovane self-efikasnosti u drugom merenju nažalost ostaje na hipotetičkom nivou. Na osnovu značajnog regresionog koeficijenta kvadratne funkcije i značajnih razlika susednih vremenskih tačaka četvrtog i petog, te petog i šestog merenja, možemo zaključiti da se porast generalizovane self-efikasnosti u našem istraživanju dešava po logici krive pozitivnog

ubrzanja u funkciji protoka tretmana, upravo suprotno trendu promene negativnih indikatora mentalnog zdravlja, te da u nešto manjoj ali ipak značajnoj meri ovaj trend nastavlja sa rastom i nakon završetka tretmana. Takođe, kao i u slučaju promene ličnog optimizma, varijansa odstupanja ispitanikâ u nagibu od prosečne krive latentnog rasta značajna je ali na liberalnijem nivou značajnosti, što prati i vizuelni efekat na slici 2.8.7 da se promena u self-efikasnosti na nivou celokupnog uzroka dešava daleko homogenije u odnosu na ostale praćene varijable. Ovi nalazi kompatibilni su originalnim Bandurinim pretpostavkama da je nakon terapijskog rada na emocionalnoj proradi problemskog ponašanja, opažena self-efikasnost ključni potkrepljivač inicirane promene (Bandura, 1977b), kao i Schwarzerovim nalazima da je porast generalizovane self-efikasnosti daleko više odlika kasnijih faza tretmana odnosno, u njegovim terminima, faze volje u kojoj nakon formiranja bihejvioralne namere klijent počinje da sprovodi konkretne akcije putem kojih realizuje promenu u ponašanju (Schwarzer, 1999). Istraživači okupljeni oko transteorijskog modela promene takođe nalaze da u funkciji tretmana self-efikasnost raste nelinearno i da su više vrednosti karakteristične za kasnije stadijume promene, te dominantno oslanjanje na bihejvioralne, odnosno aktivno-reorganizirajuće procese promene (Gavrilov-Jerković, 2003; Velicer et al., 1998). Manje ili više eksplicitno, ovakva očekivanja prisutna su i kod većine teoretičara opštih faktora promene koji smatraju da je bihejvioralna aktivacija i posledični doživljaj ovladavanja sopstvenim iskustvima (Frank & Frank, 1991; Orlinsky et al., 1994), odnosno opažena self-efikasnost (Fish, 1973; Kirsch, 1990; 1999) ključni konstrukt putem kog se novopromenjeno ponašanje relativno stabilno uvrštava u trajni repertoar ponašanja klijenta.

U svim do sada diskutovanim rezultatima kriva latentnog rasta dosledno je prisutan rezultat koji opisane promene u izvesnoj meri dovodi u pitanje. Naime, u analizama promene svih varijabli prisutne su značajne varijacije ispitanikâ od prosečnih kriva latentnog rasta koje se vide u dosledno značajnim varijansama kako početnih vrednosti tako i nagibâ varijabli od prosečne krive. Ova je pojava manifestacija značajno velikog varijabiliteta ispitanika u putanji ostvarenih promena koja se vidi i u nisko prihvatljivim parametrima fita kriva latentnog rasta koji su zasnovani na proceni reziduala i greške aproksimacije. Naime, u istraživanjima sa malim brojem stepena slobode koji su direktna posledica malog uzorka, pojedinačno odstupanje ispitanika od prosečne krive latentnog rasta ima težinu obrnuto proporcionalnu veličini uzorka i samim tim parametri reziduala ovakvih ispitanika mogu uzrokovati niske indikatore relativnog fita uprkos prihvatljivim vrednostima apsolutnog fita (Kenny et al., 2015), što je u našem istraživanju i potvrđeno. Uostalom, vizuelnim pregledom promena na nivou pojedinačnih ispitanika možemo videti da kod nekih upadljivih pojedinaca dolazi i do negativne promene, odnosno pogoršanja, što je očekivano i konzistentno tvrdnjama Lamberta (2010) da ostajanje u tretmanu ne implicira nužno i poboljšanje kod klijenta. Naime on nalazi da se čak i u metodološki veoma striktnim istraživanjima na temu uslovâ odvijanja tretmana u proseku 30 do 50% klijenata ne postigne očekivane rezultate do kraja tretmana (Hansen, Lambert, & Forman, 2003). S druge strane, brojni teoretičari relacije procesa i ishoda psihoterapije odavno skreću pažnju da su empirijski potvrđene krive promene rezultat dobijen na nivou proseka, te da je besmisleno očekivati

da su demonstrirane paterne promene uniformne za sve psihoterapijske klijente, već je verovatnije da se u okviru heterogenih grupa ispitanika mogu registrovati manje zastupljeni ali ipak značajni različiti putevi dolaska do konačnih efekata tretmana (Barkham, Stiles, & Shapiro, 1993; Krause, Howard, & Lutz, 1998; Stulz et al., 2007). Na primer, Stulz i saradnici nalaze da se u prvih šest tretmanskih seansi među klijentima rutinske psihoterapijske prakse samo na simptomatskom nivou mogu detektovati pet latentnih klasa karaktersitičnih paterni promene koje se među sobom razlikuju kako u početnom nivou izraženosti klijentovih problema tako i u brzini i kontinuitetu ostvarivanja promene u funkciji tretmana (Stulz et al., 2007). Sumirajući nalaze brojnih studija sa temom varijabilne putanje ostvarenih promena, Hayes i saradnici zaključuju da i u okviru specifičnih tretmana na uzorcima relativno homogenim po tipu problema zbog kog dolaze na tretman ne postoje uniformni trendovi promene (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss, & Cardaciotto, 2007). Ističući da standardne metode zasnovane na regresionoj analizi nisu u potpunosti adekvatne za analize specifičnih puteva ostvarivanja promene jer uprosečavanjem vrednosti na regresionu liniju izostavljaju dragocene podatke o varijacijama pojedinačnih klasa istipiatnika, Muthénovi nude seriju statističkih procedura koje uzimaju u obzir i ove individualne varijacije, poput analize latentnih klasa ili modela mešovitog rasta (Muthén & Khoo, 1998; Muthén & Muthén, 2000), ali nažalost za ovakve analize zahtevi za veličinom uzorka prevazilaze domete našeg istraživanja (Muthén & Muthén, 2012). S druge strane, imajući na umu Cohenovu tvrdnju da se svaka nulta hipoteza može odbaciti inflacijom veličine uzorka (Cohen, 1988), činjenica da smo u našem istraživanju uspeli u detekciji statistički značajnih promena na nivou proseka relativno malog uzorka uprkos maloj statističkoj snazi svedoči da su trendovi promene koje smo detektovali odraz snažnih i lako opaživih procesa koji bi sa povećanjem uzorka dobili još stabilniju empirijsku potvrdu. Pa ipak, povećanjem uzorka dobili bismo i priliku da se bavimo detekcijom ne samo prosečne već i specifičnih putanja promene na čije postojanje rezultati ovog istraživanja snažno upućuju.

2.9.3. Diskusija: prediktivni potencijal početnih očekivanja

Rezultati našeg istraživanja snažno idu u prilog pretpostavkama teoretičara opštih faktora, naročito imajući u vidu rezultat da početni nivo očekivanja ishoda tretmana direktno i linearno predviđa trendove promene na varijablama negativnih indikatora klijentovog stanja. Drugim rečima, što su očekivanja ishoda tretmana pre njegovog početka veća, to će biti i veći placebo efekat koji se manifestuje značajnim smanjenjem vrednosti klijentove opšte uznemirenosti i negativnog afekta, a posledica je isključivo klijentovog saznanja da mu predstoji tretman koji će mu pomoći u izlasku na kraj sa problemom zbog kog se javio na tretman. Ovakav rezultat ne samo da u potpunosti podupire Frankovu hipotezu remoralizacije po kojoj je rana terapijska promena posledica pozitivnih očekivanja ishoda tretmana (Frank, 1961; Frank & Frank, 1991), već i nalaz da su ovakvi efekti relativno stabilni tokom tretmana (Frank, 1973; Firedman, 1963; Goldstein, 1960) jer u trendu ovih zavisnih varijabli na nivou proseka u kasnijim fazama tretmana ne dolazi do značajnih varijacija. Nalaz takođe podupire

i Kirschovu hipotezu i nalaze o placebo efektima u psihoterapiji (Kirsch, 1978; 1990; 1999; 2006) jer u periodu kada dolazi do najvećeg pada u vrednostima opšte uznemirenosti i negativnog afekta tretman još uvek nije počeo, pa je delovanje pretpostavljenih specifičnih aktivnih komponenti psihoterapijskih tretmana kako ih vide teoretičari empirijski podržanih tretmana (npr. Chambless & Hollon, 1998) praktično nemoguće. Takođe, u ovom periodu nije moglo doći ni do uspostavljanja ikakvog terapijskog odnosa sa terapeutom, čemu se u brojnim interpretacijama istraživačkih nalaza pripisuje značajna varijansa uspešnosti terapijskog tretmana (Norcross, 2010; Norcross & Lamnert, 2011), pa je samim tim i uticaj terapijskog odnosa na detektovane promene isključen. S druge strane, linearnost predikcije klijentovih početnih očekivanja ishoda tretmana u predviđanju promene negativnih indikatora mentalnog zdravlja nije neočekivana, opet imajući na umu da se najveća promena ovih varijabli dešava u periodu kada klient još uvek nije bio u prilici da testira svoja očekivanja poredeći ih sa realnošću. Drugim rečima, koliko god klijentova psihoterapijska diskrepanca realnost-očekivanje (Levitt, 1966) bila velika, odnosno očekivanja bila nadrealno velika ili čak magijska (Tinsley et al, 1993), njihov je uticaj na promenu u ovoj fazi tretmana blagotvoran i po našim nalazima nedvosmislen, prevashodno zbog odsustva mogućnosti da ostvarivost i kompatibilnost sa realnošću svojih očekivanja ishoda tretmana klient i testira u praktičnom terapijskom radu, što bi eventualno dovelo do kompromitovanja nadrealno velikih očekivanja, obeshrabrivanja povodom korigibilnosti sopstvenog problema i manje uspešnog ishoda tretmana (Aubuschon-Endsley & Callahan, 2009; Goldstein, 1962; Kirsch & Wexiel, 1988).

Možemo reći da u kontekstu gore diskutovanog, naši nalazi pružaju empirijsku potporu i Lambertovom nalazu da se 15% varijanse uspešnog tretmana može pripisati isključivo klijentovom saznanju da biva u tretmanu (Lambert, 1992). Međutim, različita prediktivna snaga početnih očekivanja u predviđanju trendova latentnih kriva promene u funkciji protoka tretmana u našem istraživanju pružaju osnov sumnji da je Lambertov doduše orijentacioni procenat rezultat uprosečavanja efekata tretmanâ u istraživanjima sa raznovrsnim tipovima zavisnih varijabli odnosno indikatora ishoda tretmana. U gornjem odeljku videli smo da se redukcija opšte uzmenirenosti i negativnog afekta može snažno linearno predvideti pretretmanskim očekivanjima ishoda i to za period pre početka tretmana, što implicira da je pod ovim uslovima zavisne varijable udeo očekivanja u raspodeli varijanse uspešnosti tretmana daleko veći jer tretmanske varijable još nisu dobile priliku da deluju.

Sasvim drugačije nalaze dobijamo kada su kriterijumi promene vrednosti pozitivnih indikatora klijentovog stanja u funkciji protoka tretmana. Videli smo da pretretmanska očekivanja ishoda tretmana značajno i blago nelinearno predviđaju trend promene pozitivnog afekta. Međutim, s obzirom da pozitivan afekat u funkciji protoka tretmana ostvaruje relativno stabilan trend i na nivou proseka se ne menja u statistički značajnoj meri, možemo zaključiti da umeren nivo početnih očekivanja ishoda najbolje predviđa stabilnost pozitivnog afekta kako tretman odmiče. Što se više vrednosti početnih očekivanja ishoda tretmana udaljavaju od svog proseka u oba smera, njihov potencijal u predviđanju stabilnog trenda pozitivnog afekta blago opada. Pravi efekat prediktivne

moći početnih očekivanja u maniru negativne kvadratne funkcije vidimo u predviđanju promene zadovoljstva životom. Naime, samo na osnovu direktnog efekta ovih vrednosti na trend promene zadovoljstva životom u funkciji tretmana, možemo zaključiti da prediktivnog potencijala nema. Neznačajan ukupni model i regresioni koeficijent uputili bi nas na zaključak da se porast zadovoljstva životom u kasnijim fazama tretmana uopšte ne može predvideti pretretmanskim očekivanjima ishoda tretmana, te da ove varijable suštinski nisu povezane. Da bi ovakav zaključak bio statistički artefakt usled kog propuštamo relevantne podatke o relacijama ovih fenomena jednostavno usled ograničavanja naših statističkih metoda na isključivo linearne modele, snažno nam sugeriše drugi regresioni model u kojem smo povrh linearnog efekta u drugom koraku dodali i kvadriranu vrednost standardizovanih početnih očekivanja. Statistička značajnost ukupnog modela i regresionog koeficijenta kvadriranih vrednosti početnih očekivanja otkriva nam značajanu nelinearnu relaciju i upućuje da će do detektovanog prosečnog blagog porasta zadovoljstva životom u kasnijim fazama tretmana doći kod onih klijenata koji pre početka tretmana pokazuju umeren nivo pozitivnih očekivanja ishoda, dok će sa ekstremnijim vrednostima očekivanja doći do značajnijeg odstupanja od ovog trenda. Iako je izveden na skromnom i relativno heterogenom nekliničkom uzorku i obuhvata vrednosti na granicama statističke značajnosti, mišljenja smo da je ovaj nalaz važan u principijelnom smislu iz tri razloga. Prvi se krije u tome što u potpunosti sledi očekivanja Ganzacha (1997) da testiranje relacija linearnim modelom dovodi do uprosečavanja ekstremnih polova funkcija i samim tim kompromituje značajnost povezanosti tamo gde ona objektivno postoji. Drugi razlog značajnosti ovih rezultata je u tome što potkrepljuje pretpostavke teoretičara koji decenijama unazad upućuju na nelinearnu prirodu relacija očekivanja i ishoda tretmana (Bohart & Greaves Wade, 2013; Dimcovic, 2001; Goldstein, 1962; Greer, 1980; Horenstein & Houston, 1976; Tinsley et al., 1993), a u preglednim studijama dolaze do nedoslednih rezultata (Arnkoﬀ et al., 2002; Constantino et al., 2011; Noble et al., 2001) verovatno zbog izostanka preciznog uvida u tip relacija operacionalizovanih putem konkretnih analitičkih strategija. Treća implikacija naših nalaza krije se u tome što oni, demonstriranjem da pretretmanska očekivanja ishoda tretmana u različitom maniru predviđaju promene u zavisnim varijablama, ostavljaju prostor sugestiji da operacionalizacija ishoda tretmana značajno determiniše interpretaciju prirode povezanosti. Drugim rečima, postoji mogućnost da su skromni ili nedosledni nalazi preglednih studija o prirodi ovih relacija u preglednim studijama (npr. Constantino et al., 2011; Noble et al., 2001) posledica uprosečavanja trendova dobijenih na kriterijumima operacionalizovanim putem pozitivnih i negativnih indikatora klijentovog stanja za koje smo demonstrirali različitu prirodu relacionih funkcija, te da objedinjeno posmatranje ovih relacija može da dovede do teško interpretabilne superpozicije funkcija.

Početa očekivanja ishoda tretmana značajno linearno i direktno proporcionalno predviđaju trend promene varijabli generalnih očekivanja. U slučaju ličnog optimizma vidimo da do statistički značajnih promena dolazi u prvoj polovini tretmana, gotovo paralelno sa porastom specifičnih očekivanja ishoda tretmana, pa je samim tim značajni prediktivni potencijal početnih očekivanja u predviđanju porasta optimizma očekivan. Ovaj nalaz je u potpunosti u skladu sa očekivanjima

teoretičara opštih faktora, prevashodno Franka koji dosledno ističe da je za proces remoralizacije klijenta od presudne važnosti da klijent očekuje pozitivne ishode terapijskog rituala, te da upravo to očekivanje reafirmiše klijentove resurse poput optimističnog pogleda na neposrednu i dalju budućnost (Frank & Frank, 1991). S obzirom na konceptualnu bliskost ovih konstrukata, mišljenja smo da gotovo paralelni porast očekivanja ishoda tretmana i ličnog optimizma nameće pitanje relacije ovih konstrukata u smislu razjašnjavanja da li su oni samo bliski konstrukti kojima trendovi porasta u funkciji tretmana koincidiraju, da li eventualno predstavljaju manifestaciju istog konstrukta samo na različitim nivoima opštosti ili su pak kauzalno povezani konstrukti u linearnom ili cirkularnom maniru. Na primer, pojedina istraživanja van psihoterapijskog konteksta sugerišu da generalna očekivanja ili ne koreliraju sa očekivanjima karakterističnim za specifične domene (Armor & Taylor, 1998; Chang, 1998; Fitzgerald, Tennen, Affleck, & Pransky 1993; Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998) ili su rezultati nekonzistentni (e.g., Scheier et al., 1989) što donekle upućuje da ovi konstrukti predstavljaju bliske ali odvojene entitete. Na samo jedan segment ovih dilema, odnosno na prirodu linearne relacije kauzalnih veza promene ovih varijabli naše istraživanje je dalo izvesne odgovore koje ćemo diskutovati u sledećem odeljku. Za razliku od porasta ličnog optimizma, porast generalizovane self-efikasnosti dešava se u drugoj polovini tretmana. Pretretmanska očekivanja ishoda značajno predviđaju ovaj trend, što je konzistentno kako očekivanjima teoretičara kontekstualnih modela (Frank & Frank, 1991; Kirsch, 1990; Wampold & Imel, 2015) tako i Schwarzerovim navodima da je očekivanje ishoda tretmana verovatan prekursor porasta self-efikasnosti. Po ovom autoru očekivanje ishoda bilo kog konkretnog ponašanja pa i uključivanja u psihoterapijski tretman rezultat je promišljanja o mogućim posledicama tog ponašanja i prethodi promišljanju da li osoba ima kapaciteta da prevlada poteškoće i ostvari željene posledice ponašanja (Schwarzer, 1992; 1999). U slučaju obe varijable generalnih očekivanja videli smo da se njihov trend promene može linearno predvideti pretretmanskim očekivanjima ishoda, ali ako preciznije pogledamo rezultate ne možemo ignorisati činjenicu da je regresioni koeficijent kvadriranog prediktora tek ispod granice statističke značajnosti, odnosno simulirani intervali pouzdanosti za njih obuhvataju nultu vrednost i prevazilaze je na nivou druge decimale. Ovi koeficijenti koji bi implicirali da optimalne odnosno prosečne vrednosti početnih očekivanja najbolje predviđaju ostvarenu promenu varijabli generalnih očekivanja u našem istraživanju nisu dosegli statističku značajnost, ali sugerišu mogućnost da bi nelinearne relacije ovih pojava postale vidljivije na većem uzorku čime bi bila obezbeđena dodatna statistička snaga za detekciju njihove značajnosti.

Generalno gledano, dobijeni rezultati ističu značajnu i relevantnu ulogu početnih očekivanja ishoda tretmana u predviđanju promene u funkciji protoka psihoterapijskog tretmana. Mogli smo da vidimo kako se ta uloga veoma razlikuje u zavisnosti od tipa kriterijumske promene, odnosno da je njegova linearna uloga važna za početno umirenje klijenta u ranim fazama tretmana, dok se rast pozitivnih indikatora dešava kod klijenata sa umerenim početnim očekivanjima, što je verovatno slučaj i sa rastom ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti. Mimo ovih pojedinačnih rezultata, mišljenja smo da naše istraživanje ističe kompleksnost uloge početnih očekivanja ishoda

tretmana, te sugerirše da nije opravdano da se ovaj fenomen istražuje uniformno i univerzalno. Nameće se zaključak da je za analizu uloge početnih očekivanja u terapijskoj promeni neophodno voditi računa ne samo o tipu operacionalizacije promene putem pozitivnih nasuprot negativnim indikatorima klijentovog stanja jer pretretmanska očekivanja u njihovoj promeni imaju različitu ulogu, već i da li donosimo zaključke u vezi sa celokupnim tokom tretmana ili nekom njegovom konkretnom fazom.

2.9.4. Diskusija: prediktivni potencijal promene početnih očekivanja

U analizama prediktivne moći promene specifičnih očekivanja ishoda tretmana dobili smo rezultate koji nedvosmisleno navode na zaključak da porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa trendove na svim merenim varijablama u maniru konzistentnom našim očekivanjima. Drugim rečima, ako kod klijenata pre početka i tokom tretmana linearno rastu očekivanja tretmanskog ishoda, imamo empirijski argument pretpostavci da će kod tih klijenata dolaziti do smanjenja opšte uznemirenosti i negativnog afekta po logici krive negativnog ubrzanja, te do porasta zadovoljstva životom po logici krive pozitivnog ubrzanja, dok će vrednosti pozitivnog afekta biti relativno nepromenjene. Ova predikcija najvidljivija je u predviđanju smanjenja negativnih indikatora klijentovog stanja, verovatno iz razloga što je na tim varijablama u našem istraživanju detektovan najveći stepen promene. Međutim, postavlja se pitanje i eventualne cirkularne povezanosti ovih promena, pošto smo mogli da vidimo da u periodu pre početka tretmana kada dolazi do najznačajnijeg pada u vrednostima ovih varijabli do porasta specifičnih očekivanja ne dolazi. Drugim rečima, do porasta specifičnih očekivanja ishoda dolazi tek nakon susreta sa terapeutom i usvajanja terapijskog racionala, pri čemu se pad uznemirenosti i negativnog afekta u velikoj meri već desio, što otvara mogućnost da u pretretmanskoj fazi početna vrednost pretretmanskih očekivanja određuje stepen umirenja klijenta, dok sa tim fenomenom porast tih istih očekivanja nema veze. Ovakva interpretacija nam se čini slabo verovatnom imajući na umu snažnu prediktivnu moć porasta očekivanja ishoda u predviđanju trenda promene ovih varijabli nakon što je tretman počeo. No kao što je već rečeno, instrument koji smo koristili za procenu očekivanja ishoda tretmana dominantno se oslanja na klijentovu kognitivnu procenu tretmana, te je logično očekivati da u periodu između prvog i drugog merenja odnosno pre početka tretmana ne dođe do njihove promene jer je očekivano da klijent ne dobija nikakve dodatne informacije o tretmanu izuzev onih koje poseduje na prvom merenju niti da dobije bilo kakav terapijski racional, te nema na osnovu čega da modifikuje svoju kognitivnu procenu efekata predstojećeg tretmana. S druge strane, uključivanjem instrumenta koji obuhvata klijentovu evaluaciju očekivanja ishoda tretmana zasnovanu na emocionalnom odgovoru verovatno bismo dobili dodatno objašnjenje za odsustvo paralelnih promena očekivanja ishoda i negativnih indikatora mentalnog zdravlja koje smo dobili u našem istraživanju.

Takođe, videli smo da porast specifičnih očekivanja značajno predviđa porast dispozicionog optimizma i generalizovane self-efikasnosti. Imajući na umu rezultate iz prethodnih analiza, mišljenja smo da je relaciju između ova dva tipa očekivanja potrebno dodatno istražiti. Naime, posmatrajući

trendove promene mogli smo da primetimo kako se ova dva konstrukta menjaju skoro paralelno, s tim što je trend porasta specifičnih očekivanja ishoda heterogeniji i veći, dok je trend porasta generalnog očekivanja blaži ali homogeniji. S obzirom da ove promene koincidiraju, ne možemo sa sigurnošću doprineti raspravi o relacijama ovih pojava izuzev isticanja činjenice da promene ovih konstrukata kovariraju u doslednom maniru, te da je porast generalnih očekivanja nešto umereniji s obzirom na dispozicionu prirodu ovog konstrukta i samim tim očekivanu veću otpornost na promene. S druge strane, o kauzalnosti promenâ ova dva trenda na osnovu naših rezultata možemo samo spekulirati. Da li porast specifičnih očekivanja ishoda tretmana isključivo uzrokuje porast ličnog optimizma, da li je relacija ovih promena cirkularna u smislu da porast specifičnih očekivanja pojačava dispoziciju za generalno očekivanje koje pak povratno utiče na porast specifičnih očekivanja i tako dalje, ili je pak početno specifično očekivanje pre tretmana posledica klijentove dispozicione odlike da generalno u životu više očekuje pozitivne ishode događaja pa samim tim i tretmana koji predstoji, pitanje je na koje naše istraživanje ne može dati odgovor, ali naglašava potrebu za dodatnim israživanjem ovih relacija. Teoretičari opštih faktora, naročito Frank u svojoj hipotezi remoralizacije (Frank, 1961; 1973; Frank & Frank, 1991), pretpostavljaju da učešće u tretmanu i očekivanja njegovog ishoda utiču na porast generalnih očekivanja. Ovu pretpostavku naše istraživanje svakako potvrđuje, ali ne isključuje pomenute alternativne mogućnosti jer nam ne obezbeđuje podatak da promena jednog fenomena prethodi drugom. Upravo zbog odsustva ove vremenske neusklađenosti, mišljenja smo da je kauzalna relacija promene ovih fenomena cirkularna, što bi svakako trebalo proveriti naknadnim istraživanjima.

Nedvosmisleno, porast očekivanja ishoda tretmana ne samo da predviđa nego i prethodi porastu generalizovane self-efikasnosti koja je karakteristična za kasnije faze tretmana, što jeste u skladu sa očekivanjima koje impliciraju dosadašnji nalazi (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002; Lightsey, 1997; Schwarzer, 1992; 1999), a i teoretičari kontekstualnih modela u psihoterapiji (Frank & Frank, 1991; Kirsch, 1990; 1999). S druge strane, naše istraživanje značajno implicira da porast generalizovane self-efikasnosti ne možemo posmarati kao medijatorsku varijablu putem čije promene dolazi do smanjenja vrednosti negativnih indikatora mentalnog zdravlja jer se one dešavaju pre porasta vrednosti self-efikasnosti što narušava jedan od osnovnih konceptualnih uslova za pretpostavljanje medijacione uloge ovog konstrukta - vremenski sled, odnosno neophodnost da promene u kriterijumskim varijablama slede promene u medijatoru a ne da im prethode (Johansson & Høglend, 2007; Kazdin, 2005; 2007; Wilt, 2012). Porast self-efikasnosti u kasnim fazama tretmana koje slede umanjenje distresa po logici krive negativnog ubrzanja donekle implicira mogućnost da je porast self-efikasnosti sam po sebi ishod tretmana, a ne medijator putem čije promene se ishodi ostvaruju. Ovi rezultati dovode u pitanje pretpostavke ponekih ranih teoretičara modela opštih faktora. Na primer Fishov model placebo terapije podrazumeva da će, nakon prve faze tretmana u kojoj se terapeut bavi isključivo procenom klijentovog stanja i formiranjem zaključaka koji je tip psihološkog placeba najkompatibilniji klijentu, do promene u varijablama ishoda doći u drugoj fazi tretmana kada zadavanje psihološkog placeba uzrokuje cirkularnu lančanu reakciju porasta self-efikasnosti i

redukcije simptoma (Fish, 1973), za šta smo eksplicitno pokazali da ne može biti slučaj jer do značajne redukcije simptoma u našem istraživanju dolazi upravo u fazi između psihološke procene i početka tretmana, a self-efikasnost raste pred kraj tretmana. Kirsh takođe pretpostavlja i potkrepljuje sumiranjem dotadašnjih nalaza da je bihevioralna aktivacija i porast self-efikasnosti zajedno sa porastom očekivanja ishoda tretmana uzrok i atecedent terapijskog napretka u tretmanima koji koriste tehnike sistematske desenzitizacije, a ne teorijski pretpostavljena recipročna inhibicija uslovljenog emocionalnog odgovora (Kirsch, 1990). Međutim, da ovakvi zaključci mogu biti donekle dovedeni u pitanje možemo pretpostaviti na osnovu rezultata koje smo dobili testirajući medijacione modele u našem istraživanju.

Testirajući direktnu i indirektnu prediktivnu moć promene očekivanja ishoda tretmana na trendove ostvarene na varijablama ishoda, sproveli smo analize na ukupno osam medijacionih modela, s obzirom na četiri pretpostavljene varijable ishoda i dva pretpostavljena medijatora.

U statističkom smislu, medijaciona uloga porasta ličnog optimizma u sva četiri testirana modela je potvrđena. U prva dva modela gde su kriterijumske varijable bile promena opšte uznemirenosti i negativnog afekta parametri značajnosti modela i snage koeficijenata predikcije su veoma slične. U oba modela mogli smo da vidimo da porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa smanjenje opšte uznemirenosti i negativnog afekta, a da promena ličnog optimizma značajno doprinosi eksplanatornoj moći ukupnih modela, te da se oko 30% ukupnog efekta porasta očekivanja ishoda realizuje na kriterijume preko porasta ličnog optimizma. Isto tako, mogli smo da primetimo da se razlike među ispitanicima u prediktabilnosti trendova promene putem ovih modela najviše mogu pripisati varijacijama u prediktoru, odnosno što je veće odstupanje od prosečnog trenda porasta očekivanja ishoda tretmana, to je manja verovatnoća da će se prediktivni uticaji opisani u ovim modelima na taj način i ostvarivati. Ovu takoreći idealnu potvrdu medijacionog modela po standardnim statističkim kriterijumima (Baron & Kenny, 1986; Kraemer et al., 2002) kompromituje međutim činjenica da je do glavnine promene u ovim kriterijumskim varijablama došlo pre promene medijatorske pa čak i kriterijumske varijable. Na ovim konkretnim nalazima u potpunosti se vidi manjkavost pomenutih statističkih medijacionih preduslova i modela koje veoma jasno ističu Johansson i Høglend (2007) a dosledno pominje Kazdin (2005; 2006; 2007) a to je neuzimanje u obzir vremenskog sleda promene u varijablama u pretpostavljenom odnosu. Ignorišući podatak da do najznačajnijeg smanjenja uznemirenosti i negativnog afekta dolazi u pretretmanskom periodu, odnosno u ranim fazama tretmana kada se specifična i generalna očekivanja ne menjaju, te da u ranim fazama tretmana obrnuto proporcionalne promene kriterijumskih i medijatorskih varijabli koincidiraju, dobijene modele parcijalne medijacije mogli bismo proglasiti definitivnim i konačnim istraživačkim nalazom da do smanjenja opšte uznemirenosti i negativnog afekta dolazi *usled* porasta očekivanja ishoda tretmana kako direktno tako i putem porasta ličnog optimizma. Međutim, imajući na umu da u ranim fazama tretmana ove pojave koincidiraju, te da ustanovljeni stabilni trend smanjene uznemirenosti i negativnog afekta prati porast očekivanja ishoda tretmana i ličnog optimizma, možemo eventualno da zaključimo kako porast ovih varijabli predviđa stabilnost ranije sniženih

skorova negativnih indikatora mentalnog zdravlja, a i to sa značajnom rezervom jer nismo testirali obrnute prediktivne puteve, odnosno da li i u kojoj meri funkcionišu relacije ovih trendova kada u matematičkim modelima varijable zamene uloge. Ilustrujući upravo ovakav tip nalaza, Kazdin kao primer neadekvatnih zaključaka navodi problem mehanizma dejstva kognitivne terapije. Naime, po njemu brojni kognitivni teoretičari dosledno neopravdano tvrde da se promena usled kognitivnog tretmana depresivnih stanja dešava usled kognitivne restrukturacije, mada jednako dosledno ne uspevaju da pokažu da se simptomatska promena dešava nakon promena na kognitivnom nivou, a nalazi upućuju da redukcija simptoma u najmanju ruku koincidira, a po nekim istraživanjima i prethodi promenama kognicija (Kazdin, 2007). U svakom slučaju, naši rezultati upućuju na potrebu za detaljnijim uvidom u prirodu povezanosti ovih fenomena pre davanja konačnih odgovora na pitanja o njihovim konačnim empirijski fundiranim relacijama.

U druga dva modela gde su kriterijumske varijable bile promena pozitivnog afekta i zadovoljstva životom, porast ličnog optimizma gotovo u potpunosti ostvaruje svoj medijacioni efekat. Drugim rečima, porast specifičnih očekivanja ishoda u predviđanju promene pozitivnih indikatora ishoda tretmana ostvaruje se medijacionim putem, preko porasta ličnog optimizma, pri čemu u slučaju promene pozitivnog afekta procenat indirektnog medijatorskog efekta iznosi 64%, dok u slučaju promene zadovoljstva životom čak 86%. Iako u ovim slučajevima nemamo problem vremenske inkonzistentnosti opisane u prethodnom odeljku, relativnom izazovu za interpretaciju ovih modela potpune medijacije doprinosi činjenica da je promena kriterijumskih varijabli na nivou proseka neznačajna, odnosno da trend promene ovih varijabli u funkciji tretmana upućuje da ove varijable rastu, ali ne u dovoljnoj meri da bi dosegule statističku značajnost. Drugim rečima, rezultati nas upućuju na zaključak da porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa održavanje pozitivnog afekta i zadovoljstva životom relativno nepromenljivim u funkciji protoka tretmana, i to gotovo u potpunosti putem porasta ličnog optimizma. Razlike među ispitanicima u uzorku, u vezi sa stepenom u kojem se ovakve relacije varijabli odnosi na njih, sugerišu da se kao i u prethodnim modelima ispitanici dominantno među sobom razlikuju u vrednostima prediktorske varijable, odnosno u tipu i kvalitetu promene očekivanja ishoda tretmana, pa samim tim i u relacijama koje ovaj trend ostvaruje sa medijatorskom i kriterijumskim varijablama.

Testirajući modele koji pretpostavljaju porast self-efikasnosti u ulozi medijatorske varijable, dobili smo rezultate konzistentne prethodno iznetim zaključcima. Prva dva ovakva modela koji kao kriterijumske varijable uključuju smanjenje opšte uznemirenosti i negativnog afekta i u statističkom smislu daju argumente da promena self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i kriterijumskih promena nema medijacionu ulogu. Naime, deo relacija indirektnih prediktivnih puteva u kome promena self-efikasnosti predviđa kriterijumske promene nije statistički značajna. Ovaj je nalaz sasvim očekivan imajući na umu da se promene negativnih indikatora mentalnog zdravlja dešavaju pre tretmana i u njegovom početku, a promena generalizovane self-efikasnosti pri kraju tretmana, tako da su naši u tom kontekstu nalazi ne samo očekivani nego u logičkom i metodološkom smislu i jedini mogući (Johansson & Høglend, 2007; Kazdin, 2005; 2006; 2007; Nock, 2007; Wilt,

2012). S druge strane, oni nisu na prvi pogled u skladu sa sporadičnim nalazima o medijacionoj ulozi self-efikasnosti u pomenutoj relaciji. Lightsey na primer zaključuje da generalizovana self-efikasnost ima značajnu ulogu u relaciji između očekivanja i ishoda tretmana (Lightsey, 1997). Međutim, ovaj autor prvo sprovodi studiju na ukupno 19 studenata sa kojima radi grupni tretman i kao ishod meri porast indikatora blagostanja, što je prevashodno na crt upitnih metodoloških kvaliteta, a s druge strane više biva saglasno modelima koje ćemo dalje diskutovati nego što dovodi u pitanje ove. Ali ono što se ispostavlja velikim nedostatkom njegove studije je što self-efikasnost meri jednokratno u centralnim delovima tretmana čime podbacuje u zadovoljavanju metodoloških uslova za kauzalni zaključak o ulozi self-efikasnosti i svoj nalaz svodi na nivo transverzalnog i korelativnog.

U poslednja dva medijaciona modela koja smo testirali, dobili smo nalaze da bi uloga self-efikasnosti na osnovu striktno statističkih kriterijuma mogla biti medijaciona. U slučaju trenda pozitivnog afekta kao kriterijuma, prediktivna moć porasta početnih očekivanja ishoda u potpunosti se ostvaruje preko porasta generalizovane self-efikasnosti, budući da je 75% ukupno efekta ostvareno indirektnim medijacionim putem. U slučaju predviđanja trenda zadovoljstva životom, promena medijatorske varijable ima takođe značajnu ali ulogu parcijalnog medijatora. Pa opet, mišljenja smo da na osnovu dobijenih nalaza nemamo osnove da zaključimo da self-efikasnost zaista i ima medijacionu ulogu. Prvo, trend kriterijumskih varijabli se u funkciji tretmana na nivou proseka ne menja, a drugo, self-efikasnost pred kraj tretmana raste, što u našem slučaju ne isključuje verovatnu mogućnost inverzne relacije uloga ovih trendova. Naime, s obzirom da porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa oba ova trenda, sasvim je moguće pretpostaviti da što je veći porast očekivanja ishoda to su pozitivni indikatori mentalnog zdravlja stabilniji, te osoba svoju generalnu efikasnost opaža kao veću, naročito u kasnijim fazama tretmana kada je došlo do smanjenja i stabilizacije negativnih indikatora blagostanja. Drugim rečima, vremenski sled promene u trendovima medijatora i ishoda kao uslov zaključku o medijacionom odnosu (Johansson & Høglend, 2007; Kazdin, 2007) u ovim modelima ne samo da nije ispunjen, nego štaviše upućuje na drugačiji malopre opisan odnos među varijablama.

2.9.5. Diskusija: moderaciona uloga početnih očekivanja u relacijama testiranih medijacionih modela

Od ukupno osam testiranih medijacionih modela, preduslove za testiranje moderacije, odnosno značajne nasumične efekte ili pak varijansu tih efekata značajno različitu od nule zadovoljilo je sedam modela. Postojanje ovakvih parametara, koji ukazuju da u modelima postoji značajan udeo varijanse koji se ne može objasniti pretpostavljenim medijacionim odnosima, upućuje na verovatnoću da postoji uticaj treće varijable koja u moderacijskom smislu može pružiti objašnjenje detektovanoj nesistemske varijansi, odnosno, pojednostavljeno, da je za neke ispitanike u uzorku medijacioni model karakterističan, a za neke nije (Bauer, Preacher, & Gil, 2006). Sprovedenjem analiza multilevel moderirane medijacije svih pomenutih modela sa značajnim parametrima ili varijansom nasumičnih

efekata, a imajući na umu demonstriran prediktivni potencijal početnih očekivanja na trendove varijabli ostvarene u funkciji protoka tretmana, testirali smo da li i u kojoj meri ovo pretretmansko očekivanje ishoda ostvaruje pomenutu moderatorsku ulogu, kako linearno, tako i nelinearno po logici kvadratne funkcije. Međutim, iz dobijenih rezultata mogli smo da vidimo da ova varijabla ostvaruje veoma skroman doprinos u objašnjavanju razlika između ispitanika. Pa ipak, detektovani su sporadični granično značajni efekti. Jedan od njih je interakcijski i sugeriše moderacioni uticaj, odnosno upućuje da kod osoba sa višim nivoom početnih očekivanja ishoda tretmana, porast očekivanja ishoda tretmana bolje predviđa smanjenje negativnog afekta. Takođe, osobe sa višim početnim očekivanjem ishoda tretmana homogenije su u smanjenju opšte uznemirenosti, pa je taj trend lakše predvideti porastom očekivanja ishoda tretmana. Niti u jednom od testiranih modela nije detektovan značajni doprinos kvadriranih vrednosti početnih očekivanja, što navodi na zaključak da ga ili nema ili da naš uzorak svojom veličinom uzrokuje da zaključujemo sa greškom tipa II, na šta donekle upućuju i malopre pomenuti nalazi o sporadičnim doprinosima moderatorske varijable na granici značajnosti.

2.9.6. Generalna diskusija: ograničenja sprovedenog istraživanja

Osnovna i po našem mišljenju najveća ograničenja našeg istraživanja nalazimo u karakteristikama uzorka. Pre svega, konačni uzorak našeg istraživanja uključuje 36 ispitanika, što je ipak skromno u poređenju sa retkim studijama koje u metodološki korektnom maniru koriste slične nacрте (npr. Barber, Connolly, Crits-Cristoph, Gladis, & Siqueland, 2000). Predstavljeni rezultati analizâ kriva latentnog rasta sugerišu relativno veliku heterogenost ispitanika, što u slučajevima malih uzoraka kompromituje parametre prihvatljivosti modela jer pojedinim ispitanicima koji značajnije odstupaju od prosečne krive obezbeđuju veći udeo u varijansama odstupanja, čime celokupni model gubi na svojoj značajnosti (Kenny et al., 2015). Pored umanjivanja značaja pojedinačnih autlejera u ukupnim modelima, veći uzorak ispitanika obezbedio bi nam i mogućnost da istražujemo grupisanje specifičnih putanja ostvarivanja promene u funkciji tretmana, na čije postojanje naši nalazi upućuju tek vizuelnim utiskom, a istraživači i teoretičari procesnih modela ih i detektuju (npr. Stulz et al., 2007) putem analize latentnih klasa i drugih naprednih statističkih metoda. Treće, kompleksne statističke procedure koje smo sproveli na našem uzorku dale su dosta statistički neznačajnih rezultata. Bliska i direktno proporcionalna zavisnost veličine uzorka i ostvarivanja statističke snage u detekciji značajnih fenomena upućuju na mogućnost falš negativa odnosno na visoku verovatnoću greške tipa II u vezi sa svim nalazima gde nismo uspeli u detekciji statističke značajnosti, posebno u slučaju kompleksnih modela medijacije moderiranih linearnim i kvadratnim vrednostima moderatora, a imajući na umu Cohenove zaključke da se statistička snaga sa svakom nadogradnjom postojećih modela odnosa među varijablama dodatno kompromituje budući da sa dodavanjem varijabli u model dodajemo i njenu nesistemska varijansu (Cohen, 1988). Mišljenja smo da bi replikacija naših nalaza na većem uzorku svakako povećala pouzdanost zaključaka jačajući statističku snagu potrebnu za

njihovu detekciju. S druge strane, činjenica da smo uspjeli u demonstriranju i statistički značajnih rezultata na osnovu nasumično generisanih intervala pouzdanosti od 95% za izostanak greške tipa I čak i na ovolikom uzorku upućuje na zaključak da su naši rezultati pouzdana demonstracija snažnih i vrlo vidljivih procesa koji bi se u situaciju većeg uzorka jednako dali detektovati. Četvrto, a verovatno ne i poslednje, veći uzorak obezbedio bi nam mogućnost da istražujemo potencijalni moderatorski uticaj drugih pretretmanskih varijabli klijenta na detektovane relacije jer bismo time obezbedili veći varijabilitet pojava poput pola, starosti, obrazovnog, zdravstvenog, bračnog ili materijalnog statusa statusa te, najvažnije, ranijih iskustava sa psihološkim tretmanom. Nažalost sa ovom veličinom uzorka ove pojave mogli smo da posmatramo samo deskriptivno, jer bi uključivanjem njih u terstirane modele dodatno segmentirali ionako mali uzorak i time verovatnoću za statistički značajno detektovanje fenomena dodatno kompromitovali. Ovo ograničenje posebno se odnosi na ranija klijentova iskustva sa uslugama psihologa pošto je logično i očekivano da ona određuju ili modifikuju klijentova očekivanja kako ishoda tako i procesa tretmana.

Sledeće ograničenje zaključaka našeg istraživanja potiče iz činjenice da su oni izvedeni na relativno heterogenoj i subkliničkoj populaciji, pa ih u skladu sa tim dometima valja i interpretirati. Pitanje da li se ovakvi nalazi i u kojoj meri mogu replicirati na kliničkom segmentu psihoterapijske populacije kako u njenoj ukupnosti tako i u njenim dijagnostički relativno homogenim podgrupama klijenata, ostaje da se proveriti budućim istraživanjima. Tek ilustracije radi, rezonski je očekivati da bi rezultate u pogledu varijacije ulaznih vrednosti i trenda promene pozitivnog afekta bile drugačije u odnosu na naše nalaze kod klijenata koji pate od određene forme depresivnog stanja imajući na umu anhedoniju kao fenomen specifičan za ovaj tip problema u poređenju sa anksioznim spektrom stanja za koji on nije karakterističan (Clark & Watson, 1991). Ipak, u vezi sa ovim potrebno je istaći da naš uzorak ipak čini psihoterapijska populacija, odnosno ispitanici koji su se samoinicijativno i dobrovoljno javili na psihoterapijski tretman, što ih uprkos izostanku kliničkih karakteristika čini relevantnim za sprovođenje studije ovakvog tipa.

Dodatno ograničenje naše studije je što su zaključci o relacijama među varijablama u njoj izvedeni na osnovu samo onih klijenata koji su u uspešno priveli kraju tretman od deset seansi i popunili naknadni upitnik tri meseca nakon završetka tretmana. Usled metodološke potrebe za uniformnošću tretmana, u analizu nisu uključeni klijenti koji nisu uspjeli da ostvare željene ciljeve za predviđenih deset seansi, kao ni klijenti koji su odustali od tretmana pre njegovog završetka, bilo zbog nezadovoljstva uslugom ili ostvarivanja ciljeva tretmana pre njegovog formalnog kraja. S druge strane, u analizama pravilnosti prilikom osipanja uzorka videli smo da stepen pozitivnih i negativnih indikatora blagostanja varira u zavisnosti od vremena osipanja uzorka, potvrđujući nalaze Seligmana (1995) da pored onih koji iz drugih razloga odustaju od tretmana, velik procenat klijenata odustaje od tretmana usled ostvarenog željenog nivoa promene. Uvidom u razloge odustanka klijenata iz našeg uzorka verovatno bismo stekli dodatni uvid u ulogu početnih očekivanja ishoda tretmana i njihove promene u specifičnosti realizacije uspešnog i neuspešnog terapijskog procesa.

Konačno, veliko ograničenje ovih nalaza ogleda se u nedostatku kontrolnog tretmanskog uslova. Naime, pitanje da li se detektovane promene u funkciji protoka tretmana dešavaju i *zbog* dejstva tretmana koji smo sprovodili ili bi se ta promena dešavala i u funkciji spontanog prevazilaženja teškoća zbog kojih su se klijenti javili na tretman odnosno usled prostog protoka vremena ili na primer ponavljanih merenja, ostaje u izvesnom smislu otvoreno. Iako je naše istraživanje bilo usmereno na opšte činioce promene a ne specifične faktore konkretnih tretmanskih intervencija, ovakvu mogućnost ne možemo sasvim isključiti. Efekat spontanog protoka vremena pokušali smo da kontrolišemo organizovanjem dva pretretmanska merenja - na dijagnostičkom susretu pre upisivanja klijenta na listu čekanja i neposredno pre početka prve tretmanske seanse, što po izvesnom broju autora nije dovoljno da odbacimo mogućnost da bi se isti trendovi na merenim varijablama dobili i u eventualnoj kontrolnoj grupi koja bi bila na listi čekanja u istom vremenskom intervalu tokom kog tretmanska grupa biva izložena tretmanu (npr. Doss & Atkins, 2006). Međutim postavlja se pitanje da li je takvu grupu uopšte moguće organizovati pošto bi ona podrazumevala da nakon dijagnostičkog susreta klijenti koji slučajnim rasporedom budu raspoređeni u ovaj kvaziekperimentalni uslov budu oko tri meseca na listi čekanja za tretman na koji su se javili zbog psiholoških poteškoća. Po cenu metodološkog nedostatka studije i značajne pretnje internoj validnosti naših zaključaka, smatrali smo da prvenstveno iz etičkih razloga nije adekvatno ovako postupati sa klijentima pa opisani uslov nije organizovan. S druge strane, organizovanje bilo kakve placebo grupe koja bi nadomestila nedostatak kontrolne nam je jednako bio neprihvatljiv iz prostog razloga što se problem našeg istraživanja ne odnosi na specifičnu efikasnost tretmana koji smo sprovodili već na relacije klijentovih očekivanja sa ishodom terapijskog tretmana, drugim rečima na uticaj opšteg faktora karakterističnog za sve psihološke tretmane na efekte koji oni podstiču. Organizovanjem placebo grupe, po njenoj osnovnoj logici bismo jednako kao i u tretmanskoj grupi podstakli očekivanja klijenata prosto im rekavši da se nalaze na nekoj formi tretmana, čime bismo ih izjednačili sa grupom kojoj je izložena "pravom" tretmanu i time obesmislili potrebu za formiranjem takve grupe. Drugim rečima, po teoretičarima i istraživačima kontekstualnih modela u psihoterapiji, placebo grupa je jednako tretmanska kao i sve druge tretmanske grupe (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015), pa se samim tim organizovanje takvog istraživačkog uslova u istraživačkom nacrt zasnovanom na kontekstualnim modelima čini paradoksalnim i neinformativnim.

2.9.7. Generalna diskusija: prednosti i implikacije sprovedenog istraživanja

Nesumnjiv zaključak naše studije je da pretretmanska očekivanja ishoda predstavljaju značajnu determinantu benefita koji klijent ostvaruje na psihoterapijskom tretmanu. Budući da na osnovu pregleda nama dostupne literature u domaćoj i regionalnoj stručnoj i naučnoj javnosti nismo uspeali da identifikujemo niti jedan rad koji se bavi istraživanjem uloge klijentovih očekivanja tretmana u iniciranju, dostizanju i održavanju pomenute promene, mišljenja smo da je jedna od najznačajnijih implikacija naše studije aktualizacija ove teme kao i teme komponenti i agensâ

psihoterapijskog tretmana na našim prostorima. Naša su nadanja da će manje zaključci koje ova studija izvodi, a više pitanja koja ona postavlja motivisati deo naše naučne javnosti da se ovom temom bavi u većoj meri i na metodološki korektan način. Generalni zaključak naše studije je da je gotovo neophodno da naučno savremen psihoterapeut praktičar obraća pažnju na klijentova generalna očekivanja i očekivanja ishoda tretmana u konkretnoj psihoterapijskoj praksi, evaluira ih i prati njihovu promenu, čime bi doprineo prvo jasnijem shvatanju razloga koji čine određen tretman u određenoj meri (ne)uspešan, te eventualno u svoju terapijsku praksu inkorporirao razne metode rada na modifikaciji klijentovih očekivanja, a sve u cilju prevencije odustanka od tretmana, te uspešnije terapijske prakse koja svoje efekte ostvaruje brže i u većoj meri.

Takođe mislimo da se jake strane ovog istraživanja ogledaju prevashodno u metodološkim kvalitetima istraživačkog nacrtâ koji smo organizovali. Jedan od vodećih metodoloških autoriteta u domenu evaluacije psihoterapije Alan Kazdin (2007) ističe kako su pitanja i dileme o prirodi procesâ putem kojih se terapijska promena inicira i ostvaruje, te uslovâ koji utiču na dostizanje efekata psihoterapijskog tretmana, stare takoreći koliko i sama savremena terapijska praksa, ali da je organizovanje metodološki adekvatnih istraživačkih nacrtâ koji u značajnijoj meri redukuju mogućnosti alternativnih zaključaka izvedenih na osnovu istih rezultata odlika tek par realizovanih istraživanja (poput npr. Barber et al, 2000). Kazdin dalje specifikuje sedam uslova od kojih barem većinu savremeno istraživanje procesa tretmana putem analize medijacije treba da zadovolji da bi isključilo alternativna objašnjenja sopstvenih nalaza (Kazdin, 2007). Ukratko navodeći svaki od njih, daćemo kratak osvrt na njihovu ostvarenost u istraživanju koje smo sproveli.

1. *Snažna asocijacija među varijablama u modelu.* Demonstrirajući statistički značajne relacije u medijacijskim modelima uprkos malom uzorku i pretpostavljenoj slaboj snazi statističkog zaključka, uspehli smo u demonstriranju da promena očekivanja ishoda tretmana predviđa trendove ishoda tretmana kako direktno tako i indirektno putem promene ličnog optimizma.

2. *Specifičnost medijatora.* Ovaj Kazdinov uslov se ogleda u zahtevu da se u istraživanju prati više teorijski očekivanih medijatora, pa je njihova eventualna razlika dodatni argument specifičnim medijacionim odlikama onog konstrukta za koji se medijacija demonstrira. Ovaj uslov smo naročito ispunili demonstrirajući da promena ličnog optimizma ima odlike medijatora dok promena generalizovane self-efikasnosti nema i više se ponaša kao varijabla ishoda tretmana. Dodatno, demonstrirali smo i da specifičnost varijabli ishoda ima potencijal da uputi na neosnovanu generalizaciju nalaza. Naime, odsustvo obrnute proporcionalnosti u promeni pozitivnih i negativnih indikatora blagostanja u funkciji tretmana u našem istraživanju naglašava neophodnost istovremenog praćenja oba ova aspekta terapijske promene ukoliko istraživački zaključak pretenduje na sveobuhvatnost. Iako se ovo čini logično, tek kao ilustraciju možemo istaći da u poslednjoj metaanalitičkoj studiji relacijâ klijentovih očekivanja i ishoda tretmana Constantino i saradnici od 46 identifikovanih studija identifikuju tek tri koje istovremeno prate pozitivne i negativne indikatore promene, pri čemu daju međusobno inkonzistentne rezultate (Constantino et al, 2011).

3. *Konzistentnost sa prethodnim nalazima.* Naši rezultati koji ističu značajnu ulogu opšteg faktora klijentovog očekivanja ishoda tretmana konzistentni su brojnim prethodnim nalazima koji u manjoj ili većoj meri demonstriraju slične rezultate (Arnkoff et al., 2002; Constantino et al., 2011; Joyce, McCallum, Piper, & Ogrodniczuk 2000; Meyer et al. 2002; Norberg et al. 2011; Tinsley et al. 1980; 1984; Tinsley & Harris 1976; Tollinton, 1973). Međutim, istraživanja koja se bave medijacionim ulogama optimizma i generalizovane self-efikasnosti, izuzev jedne gore pomenute metodološki sumnjive (Lightsey, 1997), nismo uspeli da identifikujemo, tako da ovaj uslov nismo uspeli da ostvarimo ali svakako ne našom krivicom već usled manjka studija sličnih našoj. Nadamo se da će ovi nalazi i pitanja koja smo ovde pokrenuli inspirisati istraživačke napore u dodatnom rasvetljavanju odnosa ovih relevantnih pojava.

4. *Eksperimentalna manipulacija.* U idealnim uslovima, dodatnu potvrdu medijacionog modela koji dokazuje kauzalni mehanizam dejstva psihoterapije postiže se eksperimentalnom manipulacijom pri čemu u kontrolnom uslovu eksperimentalnog nacrta ne dolazi do aktivacije pretpostavljenog mehanizma. S obzirom da je naš nacrt longitudinalne i korelacione prirode, može se reći da ovaj metodološki uslov nismo ispunili. Međutim, postavlja se pitanje da li je uopšte moguće organizovati ovakav eksperimentalni nacrt, odnosno kako upriličiti eksperimentalni faktor da pod njegovim dejstvom u eksperimentalnoj grupi dođe do porasta dispozicionog optimizma, a u kontrolnoj ne, i to sve u relaciji sa promenom očekivanja ishoda tretmana. Činjenica je da jedino što možemo u kontekstu našeg istraživanja manipulirati jesu specifična očekivanja ishoda tretmana, međutim naše se istraživanje nije bavilo eksplicitno manipulacijom očekivanja već praćenjem njihove promene u kontekstu standardnog i eksperimentalnog manipulacijom ne kompromitovanog psihoterapijskog tretmana. Takođe, možemo manipulirati sam tretman u smislu organizovanja kontrolne grupe, što smo već diskutovali kao neetično, ili pak organizovanje placebo grupe što smo takođe diskutovali ali kao besmisleno jer, u kontekstu teorijskog modela iz kog polazi naše istraživačko pitanje, svaka placebo grupa je takođe tretmanska jer angažuje aktivaciju opštih faktora promene, odnosno svaka tretmanska grupa je placebo grupa jer efekti koje ostvaruje potiču od opštih faktora promene a ne od specifičnog teorijski pretpostavljenog mehanizma (Frank, 1961; Frank & Frank, 1991; Fish, 1973; Kirsch, 1990; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

5. *Vremenski sled.* Smatramo da je uspostavljanje vremenskog sleda u varijacijama trendova praćenih varijabli u našem istraživanju jedna od njegovih osnovnih snaga. Naime, Kazdin (2005; 2006; 2007) ističe da je u nacrtima koji pretenduju da zaključuju o bilo kakvoj indirektnoj relaciji prediktora koji utiču na terapijsku promenu, neophodno ustanoviti da promena u mehanizmu dolazi pre promene u ishodu, te veoma opsežno elaborira neosnovanost zaključaka istraživanja koji bez ponavljanih istovremenih merenja kako ishodnih tako i prediktorskih i medijatorskih varijabli impliciraju navodno detektovanu kauzalnost. Naročito u slučaju promene generalizovane self-efikasnosti uspeli smo u demonstriranju da ona ne može biti medijator a ni prediktor smanjenja distresa u funkciji protoka tretmana jer ne prati logičan vremenski sled. Dodatno, učestalim ponavljanim merenjima ustanovili smo da se smanjenja vrednosti opšte uznemirenosti i negativnog

afekta dešavaju pod pretpostavljenim uticajem moćnog opštog faktora promene koji deluje pre početka tretmana, i s tim u vezi smatramo da je dodatna naučna relevantnost našeg istraživanja u tome što postavlja možda i više dodatnih pitanja od broja pitanja na koja pruža odgovore.

6. *Gradijent kauzalnih promena.* Ovaj metodološki uslov podrazumeva da je za adekvatan zaključak o medijacionom efektu pretpostavljenog mehanizma promene neophodno demonstrirati da veća aktivacija procesa dovodi do proporcionalnog efekta u ishodu tretmana. Analizirajući promene u trendovima merenih varijabli modelima mešovityh efekata u kontekstu longitudinalne studije, mišljenja smo da smo zaključcima uspeli da u potpunosti obezbedimo legitimitet zasnovan na ovom metodološkom zahtevu.

7. *Plauzibilnost ili koherentnost sa teorijskim modelima.* Na kraju, utemeljenost našeg istraživanja u kontekstualnim modelima psihoterapije, prevashodno u modelu opštyh faktora promene Jeromea Franka (1961; 1971; Frank & Frank, 1991), formulisanje istraživačkog pitanja o ulogama fiksnih i promenljivih očekivanja ishoda tretmana te njihovog odnosa sa dva tipa teorijski definisanih konstrukata generalnih očekivanja u varijabilitetu i kvalitetu ostvarene promene, čine naše nalaze gotovo u potpunosti uklopivim u dosadašnja istraživanja u vezi sa kontekstualnim modelima (npr. Garfield, 1994; Lambert, 1992; 2011; Wampold, 2001; Wampol & Imel, 2015) i njihove za naše pitanje relevantne segmente (npr. Arnkoff et al., 2002; Constantino et al., 2011; 2012), te pružaju veoma snažnu podršku pretpostavci kontekstualnih teoretičara o specifičnim i generalnim očekivanjima kao opštyim faktorima promene, a s druge strane impliciraju naknadna važna pitanja čiji bi odgovori dodatno razjasnili uloge i relacije pomenutih konstrukata.

Imajući na umu da smo po našem mišljenju adekvatno odgovorili na većinu pomenutih metodoloških zahteva (Kazdin, 2007) izuzev na zahteva za replikabilnošću jer su slične studije veoma retke, te zahtev za eksperimentalnom manipulacijom koja je u našem slučaju etički problematična i logički neostvariva, smatramo da smo obezbedili dovoljan i adekvatan preduslov da nalaze sumativno predstavljene u odeljku sa zaključcima iznesemo empirijski utemeljeno i nedvosmisleno.

Na samom kraju, brojne su dileme i pitanja koja naše istraživanje svojim rezultatima dodatno implicira. Prvo, na pitanje koji je to snažni opšti faktor atribuiran isključivo klijentu koji uzrokuje veliki placebo efekat poboljšanja između dijagnostičke i pre prve tretmanske seanse, nismo mogli da damo odgovor. Naša je pretpostavka da se radi o emocionalnoj komponenti klijentovih očekivanja koju nažalost nismo uspeli da detektujemo usled sadržinske ograničenosti primenjenog instrumenta za procenu očekivanja ishoda tretmana. Kako ovu pojavu detektovati, ili preciznije, kako organizovati istraživački nacrt koji bi zadovoljio malopre iznete metodološke zahteve za neupitnost izvedenih zaključaka, ostaje otvoreno teorijsko i praktično pitanje. Dalje, pitanje da li je porast pozitivnih indikatora ostvarene promene pojava koja se ne može podstaći tretmanom uopšte, tretmanom ograničenim na deset seansi, ili je to posledica neadekvatnosti tretmana koji smo mi sprovodili, te da li je ova pojava posledica specifično malog, nekliničkog ili nedovoljno klinički homogenog uzorka takođe ostaje neodgovoreno. Konačno, da li je konstrukt generalizovane self-efikasnosti medijator u

eventualnom porastu pozitivnih indikatora ili cilj tretmana po sebi, i do kakvih posledica dovodi aktivacija ovog konstrukta u promeni uzrokovanoj dugoročnijim tretmanom, možemo samo da pretpostavimo. Naša su nadanja da će buduća israživanja između ostalog obezbediti dodatne nalaze koji će doprineti odgovoru na ove teorijske dileme, te obezbediti implikacije i preporuke za konkretnu psihoterapijsku praksu, a sve u cilju poboljšanja naših usluga i dobrobit naših klijenata.

2.10. ZAKLJUČCI

Sprovedeno istraživanje imalo je za cilj da odgovori na pitanja o ulogama očekivanja ishoda tretmana u ostvarivanju promene kod klijenata uključenih u psihoterapijski tretman. U skladu sa kontekstualnim modelima u psihoterapiji odnosno modelom opštih faktora promene, formirali smo očekivanja da postoji značajna i opaživa veza nivoa očekivanja ishoda tretmana pre njegovog početka, kao i promene ovih očekivanja sa sadržajem i intenzitetom promene koja se u funkciji psihoterapijskog tretmana ostvaruje. Naša očekivanja formulisali smo kroz šest grupa hipoteza, a zaključke sprovedenog istraživanja iznećemo u kontekstu svake od njih.

H 1. Naša prva grupa hipoteza odnosila se na promene u vrednostima merenih kontinuiranih varijabli u funkciji protoka tretmana. Hipoteze iz ove grupe koje se tiču promene očekivanja ishoda tretmana, opšte uznemirenosti, negativnog afekta, ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti potvrđene su. Hipoteza koja se tiče promene pozitivnog afekta nije potvrđena, dok je hipoteza koja se tiče i zadovoljstva životom potvrđena delimično.

H 1.1. Potvrđeno je da dolazi do statistički značajnog smanjenja opšte uznemirenosti u funkciji protoka tretmana.

Do najvećeg smanjenja opšte uznemirenosti kod klijenata uključenih u tretman dolazi pre početka tretmana i između prve i treće tretmanske seanse, dok je u svakom sledećem merenju stopa ostvarene promene sve manja, te se taj trend nastavlja i tri meseca nakon tretmana. Možemo zaključiti da opšta uznemirenost u funkciji protoka tretmana opada nelinearno, sledeći logiku funkcije negativnog ubrzanja.

H 1.2. Potvrđeno je da dolazi do statistički značajnog smanjenja negativnog afekta u funkciji protoka tretmana.

Gotovo identično smanjenju opšte uznemirenosti, negativni afekat se takođe smanjuje u funkciji protoka tretmana po logici krive negativnog ubrzanja, sa najvećom promenom pre početka tretmana i na njegovom početku. Nagib trenda promene negativnog afekta tek je diskretno blaže izražen od nagiba trenda promene opšte uznemirenosti ali sledi isti princip.

H 1.3. Nije potvrđeno je da dolazi do statistički značajnog povišenja pozitivnog afekta u funkciji protoka tretmana.

Promena pozitivnog afekta u funkciji protoka tretmana u našem se istraživanju pokazala suviše malom da bi bila statistički značajna. Osim neznačajnog celokupnog trenda promene, takođe ne postoji statistički značajna razlika ni u jednom paru susednih vremenskih tačaka merenja pozitivnog afekta, tako da možemo zaključiti da vrednosti pozitivnog afekta u našem istraživanju bivaju relativno konstantne u funkciji protoka tretmana.

H 1.4. Delimično je potvrđeno da dolazi do statistički značajnog povišenja zadovoljstva životom u funkciji protoka tretmana.

Ukoliko se posmatra celokupni trend promene zadovoljstva životom u funkciji protoka tretmana, može se zaključiti da se vrednosti ove varijable ne menjaju. Međutim razlike u susednim vremenskim tačkama merenja diskretno potvrđuju da do porasta zadovoljstva životom kod klijenata uključenih u tretman dolazi u drugoj polovini i pred kraj tretmana, a vrednosti ostvarene na kraju tretmana bivaju relativno nepromenjene i tri meseca nakon njegovog završetka.

H 1.5. Potvrđeno je da dolazi do statistički značajnog povišenja ličnog optimizma u funkciji protoka tretmana.

Lični optimizam kod ispitanika uključenih u tretman blago linearno raste kako tretman odmiče. Ostvarene promene najznačajnije su u početnim fazama tretmana, međutim kasnije diskretne promene nisu dovoljnog intenziteta da odstupe od linearnog trenda porasta optimizma u funkciji protoka tretmana.

H 1.6. Potvrđeno je da dolazi do statistički značajnog povišenja generalizovane self-efikasnosti u funkciji protoka tretmana.

Generalizovana self-efikasnost kod naših ispitanika raste dominantno nelinearno. Trend relativne stagnacije vrednosti ove varijable naglo se menja posle šeste tretmanske seanse kada je porast self-efikasnosti najveći, a trend ovakvog porasta nastavlja se i nakon završetka tretmana. Možemo zaključiti da je porast generalizovane self-efikasnosti odlika kasnijih faza tretmana, odnosno da se u funkciji protoka tretmana ovaj konstrukt menja sledeći logiku funkcije pozitivnog ubrzanja.

H 1.7. Potvrđeno je da dolazi do statistički značajnog povišenja očekivanja ishoda tretmana u funkciji protoka tretmana.

Specifična očekivanja ishoda tretmana kod naših ispitanika blago linearno rastu. Ova promena se ne registruje u periodu pre početka tretmana, ali je porast specifičnih očekivanja primetan i linearan od onoga trenutka kada klijent stupi u kontakt sa savetnikom, odnosno očekivanja ishoda tretmana počinju da rastu čim tretman započne.

Važan generalni zaključak koji možemo istaći na osnovu testiranja hipoteza iz ove grupe je da je za evaluaciju psihoterapijskog tretmana i predstavljanje rezultata od suštinske važnosti istaći način operacionalizacije tretmanskog ishoda, odnosno paralelno pratiti i izveštavati o promenama kako negativnih tako i pozitivnih indikatora mentalnog zdravlja. Na osnovu rezultata našeg istraživanja možemo zaključiti da ove dve grupe indikatora poseduju različit tempo i trend promene u funkciji tretmana. One niti koincidiraju niti promena jednih podrazumeva obrnuto proporcionalnu promenu

drugih već predstavljaju različite aspekte promene klijentovog stanja i neophodno ih je pratiti objedinjeno da bismo stekli potpuni uvid u stepen i kvalitet ostvarene psihoterapijske promene.

H 2. Naša druga grupa hipoteza odnosila se na uticaj fiksnog nivoa pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana na uspešnost ostvarene promene u funkciji protoka tretmana. Hipoteze iz ove grupe obuhvataju pretpostavke da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa promenu vrednosti kontinuiranih kriterijumskih varijabli u nelinearnom maniru kvadratne funkcije. One u formalnom smislu nisu potvrđene, ali smo njihovim testiranjem stekli značajne uvide u uticaj koji pretermanska očekivanja ishoda tretmana ostvaruju na promenu merenih varijabli. Naime, nivo početnih pretretmanskih očekivanja ishoda značajno predviđa trendove promene svih kriterijumskih varijabli. Međutim, u slučaju smanjenja opšte uznemirenosti i negativnog afekta te porasta ličnog optimizma i generalizovane self-efikasnosti ta predikcija je linearne prirode, dok je u slučaju porasta odnosno stagnacije pozitivnog afekta i zadovoljstva životom predikcija kvadratnog tipa.

H 2.1. Nije potvrđena hipoteza da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa smanjenje vrednosti opšte uznemirenosti u maniru pozitivne kvadratne funkcije.

Pretretmanska očekivanja ishoda tretmana značajno predviđaju smanjenje opšte uznemirenosti u funkciji tretmana, ali ne u pretpostavljenom kvadratnom maniru već direktno i linearno. Drugim rečima, što klijent pre početka tretmana manifestuje veći nivo očekivanja tretmanskog ishoda, to će biti veće smanjenje distresa. Budući da se promena opšte uznemirenosti dešava po logici krive negativnog ubrzanja, možemo zaključiti da će viši nivo pretretmanskih očekivanja ishoda direktno predviđati klijentovo umirenje pre početka tretmana i u njegovim ranim fazama, te sabilizaciju tog umirenja u kasnijim fazama tretmana.

H 2.2. Nije potvrđena hipoteza da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa smanjenje vrednosti negativnog afekta u maniru pozitivne kvadratne funkcije.

Gotovo identične rezultate dobili smo testirajući i efekat početnih pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana u predviđanju smanjenja negativnog afekta u funkciji protoka tretmana. Pretretmanska očekivanja ishoda tretmana značajno linearno predviđaju smanjenje negativnog afekta koje se dešava po logici krive negativnog ubrzanja, te možemo zaključiti da, što su pretretmanska očekivanja ishoda veća, verovatnije je da će se smanjenje negativnog afekta dešavati sledeći ovaj trend.

H 2.3. Nije potvrđena hipoteza da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti pozitivnog afekta u maniru negativne kvadratne funkcije.

Suprotno prethodnim hipotezama iz ove grupe, uspeli smo da potvrdimo da nivo pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana predviđa trend promene vrednosti pozitivnog afekta u

funkciji protoka tretmana i to u maniru negativne kvadratne funkcije. Međutim, kao što smo videli, trend promene pozitivnog afekta u našem istraživanju je stabilan, odnosno ne dolazi do značajnog porasta pozitivnog afekta kod klijenata uključenih u tretman, pa ne možemo zaključiti da početni nivo očekivanja ishoda tretmana predviđa njegovu promenu, već pre njegovu stagnaciju. Drugim rečima, možemo zaključiti da se kod klijenata sa umerenim početnim očekivanjima ishoda tretmana vrednosti pozitivnog afekta neće značajno menjati, dok se kod klijenata koji pre početka tretmana manifestuju ekstremnija očekivanja u oba smera može očekivati blaže odstupanje od ovakvog trenda.

H 2.4. Nije potvrđena hipoteza da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti zadovoljstva životom u maniru negativne kvadratne funkcije.

Još vidljivije rezultate i stabilnije ali gotovo identične zaključke od onih u prethodnoj hipotezi dobili smo u kontekstu očekivanja da nivo pretretmanskih očekivanja ishoda predviđa porast zadovoljstva životom kod ispitanika uključenih u tretman, i to po logici negativne kvadratne funkcije. Naime, nelinearni kvadratni efekat početnih očekivanja ishoda tretmana na trend zadovoljstva životom u funkciji protoka tretmana nedvosmisleno je demonstriran, ali sam trend ove varijable u našem istraživanju ne pokazuje tendenciju promene. Drugim rečima, možemo zaključiti da će kod klijenata sa umerenim odnosno prosečnim nivoom početnih očekivanja ishoda tretmana zadovoljstvo životom tokom tretmana biti relativno stabilno sa blagim naznakama porasta u kasnijim fazama tretmana. Što je klijentov nivo pretretmanskih očekivanja udaljeniji od preoseka, to je verovatnije da će njegovo zadovoljstvo životom odstupati od opisanog trenda stabilnosti.

H 2.5. Nije potvrđena hipoteza da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti generalizovane self-efikasnosti u maniru negativne kvadratne funkcije.

Nelinearni porast generalizovane self-efikasnosti u funkciji protoka tretmana može se statistički značajno predvideti vrednostima početnih očekivanja ishoda tretmana, ali u linearnom i direktno proporcionalnom maniru. Drugim rečima uspeali smo da potvrdimo značajan prediktivni potencijal pretretmanskih očekivanja u predviđanju promene self-efikasnosti ali tip ove relacije nije kvadratni kako smo formulisali u ovoj hipotezi već linearan, što navodi na sledeći zaključak. Što su veće vrednosti početnih očekivanja ishoda tretmana kod klijenta, to je i veća verovatnoća da će kod njega doći do statistički značajnog porasta vrednosti generalizovane self-efikasnosti u kasnijim fazama tretmana i to po logici krive pozitivnog ubrzanja. Iako postoje naznake da ove pojave mogu biti povezane po logici kvadratne funkcije, naše istraživanje nije uspelo u detekciji statistički značajnih parametara koji bi takav tip relacije i potvrdili.

H 2.6. Nije potvrđena hipoteza da nivo očekivanja ishoda tretmana pre početka tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti ličnog optimizma u maniru negativne kvadratne funkcije.

Porast vrednosti ličnog optimizma u funkciji protoka tretmana može se direktno proporcionalno predvideti vrednostima početnih očekivanja ishoda tretmana i to u linearnom maniru,

a ne po logici negativne kvadratne funkcije kako smo inicijelno pretpostavili. Možemo zaključiti da što su veća klijentova pretretmanska očekivanja, to je veća verovatnoća da će u funkciji protoka tretmana njegov lični optimizam rasti i to prevashodno u početnim fazama tretmana, te će se postignute vrednosti održavati kako do kraja tretmana tako i tri meseca nakon završetka tretmana.

Zaključci formirani na osnovu testiranja ove grupe hipoteza snažno potvrđuju pretpostavke formirane na osnovu kontekstualnih modela psihoterapije da su početna očekivanja ishoda tretmana značajna determinanta promene koja se tokom psihoterapijskog tretmana ostvaruje. S druge strane, možemo zaključiti da nedosledni istraživački nalazi o prirodi povezanosti početnih očekivanja ishoda tretmana i ostvarene promene nisu neočekivani, tim pre što nalazi našeg istraživanja upućuju na zaključak da ne postoji univerzalna i jednoznačna uloga početnih očekivanja ishoda tretmana u ostvarivanju terapijske promene. Sva je prilika da varijacije u tipu i kvalitetu relacije pretretmanskih očekivanja sa promenama u funkciji tretmana značajno bivaju određene izborom varijabli putem kojih se sam ishod tretmana operacionalizuje, što ističe neophodnost da se u istraživanjima ishod tretmana operacionalizuje široko i sveobuhvatno kako bi se stekao bolji i detaljniji uvid u prirodu ovih relacija.

H 3. Za razliku od prethodne grupe hipoteza koja se bavila relacijama fiksnog nivoa početnih očekivanja ishoda tretmana sa ostvarenom promenom, ova grupa hipoteza obuhvata pretpostavke o relacijama promene očekivanja ishoda tretmana i promene ostvarene na kriterijumskim varijablama. Drugim rečima, ova grupa hipoteza ticala se pretpostavki da će porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđati promenu ostalih merenih varijabli, što bi u praktičnom smislu istaklo neophodnost ne samo jednokratne procene klijentovih očekivanja ishoda nego i praćenja njihove promene, te eventualne manipulacije njima u funkciji postizanja poboljšanja klijentovog stanja. Većina ovih hipoteza potvrđena je delimično. Naime, trend porasta očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa trendove promene na svim merenim varijablama, ali relacije svakoga do njih sa trendom porasta očekivanja tretmanskog ishoda u većini slučajeva odstupaju od očekivane direktne proporcionalnosti.

H 3.1. Delimično je potvrđeno da promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa obrnuto proporcionalnu promenu opšte uznemirenosti.

Porast vrednosti očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa smanjenje vrednosti opšte uznemirenosti u funkciji protoka tretmana. Međutim, najveće smanjenje vrednosti opšte uznemirenosti dešava se pre početka tretmana, pri čemu u tom periodu očekivanja ishoda tretmana stagniraju. Obrnuto proporcionalne promene trendova ovih varijabli dešavaju se nakon početka tretmana gde porast očekivanja ishoda tretmana koincidira sa obrnuto proporcionalnim smanjenjem vrednosti opšte uznemirenosti. Drugim rečima, imajući na umu period nakon početka tretmana, rezultati našeg istraživanja upućuju da se relacije promena ovih varijabli dešavaju kako smo i pretpostavili. Međutim u periodu pre početka tretmana značajno smanjenje opšte uznemirenosti ne koincidira sa porastom očekivanja ishoda operacionalizovanim putem instrumenta koji smo primenjivali. Ovaj rezultat je u izvesnom smislu intrigantan i u suprotnosti sa očekivanjima

teoretičara kontekstualnih modela (Kirsch, 1990; 1999). Detaljnijim uvidom u sadržaj instrumenta kojim smo procenjivali očekivanja ishoda tretmana primetili smo da on prvenstveno obuhvata kognitivnu procenu predstojećeg ishoda, pa nije iznenađujuće da u periodu pre početka tretmana do promene ovih skorova ne dolazi jer klijent ne dolazi do novih kognitivnih sadržaja na osnovu koji bi mogao modifikovati svoja očekivanja. Mišljenja smo da bi uključivanje komponente emocionalnog rezonovanja u instrument za procenu očekivanja ishoda tretmana doprineo boljem razumevanju odsustva obrnuto proporcionalnih promena uzmenirenosti i očekivanja ishoda tretmana u periodu pre njegovog početka.

H 3.2. Delimično je potvrđeno da promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa obrnuto proporcionalnu promenu negativnog afekta.

Nešto umereniji ali sličan zaključak kao u vezi perthodne hipoteze možemo doneti i u vezi sa relacijama porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta u funkciji protoka tretmana. Potvrđeno je da porast očekivanja ishoda značajno predviđa smanjenje negativnog afekta, ali se ovaj zaključak jednako odnosi na period nakon početka tretmana, dok za period pre početka tretmana kada smanjenje negativnog afekta koincidira sa stagnacijom očekivanja ishoda tretmana ovaj zaključak ne stoji.

H 3.3. Nije potvrđeno da promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu pozitivnog afekta.

U formalnom smislu ova hipoteza nije potvrđena jer porast očekivanja ishoda tretmana po našim rezultatima nije proporcionalan porastu pozitivnog afekta, odnosno dok specifična očekivanja ishoda tretmana sa protokom tretmana rastu, pozitivni afekat se po relativno stabilnom trendu ne menja. S druge strane, trend promene očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa odsustvo promene pozitivnog afekta, tako da možemo zaključiti da kod klijenata kojima sa protokom tretmana rastu očekivanja tretmanskog ishoda neće dolaziti do značajne varijacije u vrednostima pozitivnog afekta.

H 3.4. Delimično je potvrđeno da promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu zadovoljstva životom.

Jednako kao i u prethodnoj, nepotvrđeni segment ove hipoteze krije se u implikaciji proporcionalnosti. Naime porast očekivanja ishoda tretmana dešava se linearno kako tretman odmiče, dok je blagi porast zadovoljstva životom karakterističan za kasnije faze tretmana. Međutim, naši rezultati potvrđuju da trend promene očekivanja ishoda statistički značajno predviđa trend promene zadovoljstva životom, što navodi na zaključak da će kod klijenata do blagog porasta zadovoljstva životom u kasnijim fazama tretmana verovatnije dolaziti utoliko više što im očekivanja ishoda tretmana u njegovim ranim fazama rastu.

H 3.5. Potvrđeno je da promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu ličnog optimizma.

Ova hipoteza je u punom smislu potvrđena. Iako je porast vrednosti ličnog optimizma nešto umereniji od porasta vrednosti specifičnih očekivanja ishoda tretmana, parametri relacije ova dva

fenomena upućuju na zaključak da oni rastu direktno proporcionalno i blisko paralelnom. Drugim rečima, možemo zaključiti da sa porastom specifičnih očekivanja ishoda tretmana rastu i klijentova generalna očekivanja u vidu promene vrednosti na varijabli ličnog optimizma.

H 3.6. Delimično je potvrđeno da promena očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa direktno proporcionalnu promenu generalizovane self-efikasnosti.

Porast vrednosti očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa porast vrednosti generalizovane self-efikasnosti. Ipak, promene ovih vrednosti se ne dešavaju proporcionalno i u istim vremenskim tačkama. Videli smo da do porasta self-efikasnosti dolazi u drugoj polovini tretmana i u nelinearnom maniru, dok očekivanja ishoda tretmana rastu linearno nakon početka tretmana. Drugim rečima, možemo zaključiti da porast vrednosti specifičnih očekivanja ishoda tretmana statistički značajno predviđa da će vrednosti generalizovane self-efikasnosti u početnim fazama tretmana relativno stagnirati te će do njihovog značajnog porasta doći u kasnijim fazama psihoterapijskog tretmana.

Na osnovu testiranja ove grupe hipoteza mogu se izvesti tri generalna zaključka. Prvo, naše istraživanje snažno pruža empirijsku potporu onim istraživačima i teoretičarima kontekstualnih modela u psihoterapiji koji ističu da nije dovoljno očekivanja ishoda tretmana meriti jednokratno jer promena očekivanja ishoda jednako biva važan i značajan faktor u postizanju i održavanju terapijske promene, odnosno da je upravo ta promena determinanta terapijskog napretka. Drugo, relacije promene očekivanja ishoda tretmana sa varijablama ishoda tretmana u svakom slučaju nisu univerzalne jer smo mogli da vidimo kako se one razlikuju u zavisnosti od kvaliteta kojim definišemo terapijsku promenu, pa tako u zavisnosti od tipa operacionalizacije promene možemo videti da manir i intenzitet prediktivne moći promene očekivanja ishoda tretmana varira. S tim u vezi, svodenjem mere psihoterapijskog ishoda na promenu samo pozitivnih ili negativnih indikatora klijentovog stanja, ili pak na merenje zavisnih varijabli isključivo pre tretmana i nakon njegovog završetka, rizikujemo gubitak veoma važnih sazajnih implikacija kako o samoj terapijskoj promeni tako i o važnoj ulozi promene očekivanja ishoda tretmana u njenom dosezanju i održavanju. I treće, rezultat o odsustvu promene očekivanja ishoda tretmana u periodu pre njegovog početka koje koincidira sa najupadljivijim sniženjem negativnih indikatora mentalnog zdravlja implicira mogućnost da bi dopuna same operacionalizacije očekivanja ishoda tretmana komponentama koje se odnose na evaluaciju zasnovanu na emocionalnom doživljaju doprinela detaljnijem uvidu u ovu pojavu koja je usled primene kognitivno specifičnog instrumenta u našem istraživanju izostala.

H 4. Ova grupa hipoteza ticala se načina putem kojih se demonstrirana prediktivna moć promene početnih očekivanja realizuje. Naime, naše generalno očekivanje bilo je da postoji medijacioni efekat promene klijentovih generalnih očekivanja u relacijama promene očekivanja ishoda tretmana i promenâ kriterijumskih varijabli. Ova grupa hipoteza nadovezuje se na prethodnu i odnosi se na pretpostavku da je mehanizam dejstva promene specifičnih očekivanja ishoda tretmana

dvojak, odnosno da se uticaj ove promene na ishod ostvaruje kako direktno tako i putem porasta varijabli generalnih očekivanja.

H 4.1. Delimično je potvrđeno da postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja opšte uznemirenosti.

Porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa smanjenje opšte uznemirenosti u funkciji protoka tretmana. Ova relacija se ostvaruje kako direktno tako i posredstvom parcijalnog medijacionog efekta porasta ličnog optimizma.

H 4.2. Delimično je potvrđeno je da postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta.

Isto kao i u prethodnoj hipotezi, naši rezultati pokazuju da porast očekivanja ishoda tretmana značajno predviđa smanjenje negativnog afekta u funkciji protoka tretmana. Ova relacija se ostvaruje kako direktno tako i posredstvom parcijalnog medijacionog efekta porasta ličnog optimizma.

H 4.3. Potvrđeno je da postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta pozitivnog afekta.

Naši rezultati sugerišu da se uticaj porasta očekivanja ishoda tretmana na uspostavljanje i održavanje stabilnosti trenda pozitivnog afekta u potpunosti ostvaruje medijacijom putem preko porasta vrednosti ličnog optimizma.

H 4.4. Potvrđeno je da postoji medijacioni efekat porasta ličnog optimizma u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta zadovoljstva životom.

Kao i u slučaju prethodne hipoteze, naši rezultati sugerišu da se značajni uticaj porasta očekivanja ishoda tretmana na stabilne vrednosti zadovoljstva životom i njihov blagi porast u kasnijim fazama tretmana ostvaruje u potpunosti putem porasta vrednosti ličnog optimizma.

H 4.5. Nije potvrđeno da postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja opšte uzmenirenosti.

Rezultati testiranja modela definisanog ovom hipotezom upućuju na zaključak da porast generalizovane self-efikasnosti nema medijatorsku ulogu u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja vrednosti opšte uzmenirenosti. Ovakav rezultat nije neočekivan imajući na umu da se glavnina promene u vrednostima opšte uzmenirenosti dešava u ranim fazama tretmana i čak pre njegovog početka, dok se najupadljiviji porast vrednosti generalizovane self-efikasnosti dešava u kasnijim fazama tretmana. S tim u vezi bilo bi nelogično i krajnje teško za interpretaciju da smo dobili drugačiji nalaz s obzirom da u vremenskom smislu u ovom modelu promena kriterijumske varijable prethodi promeni potencijalnog medijatora, što je u logičkom smislu nemoguće.

H 4.6. Nije potvrđeno da postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta.

Potpuno identično zaključku iznetom u vezi prethodne hipoteze možemo zaključiti i o potencijalnoj medijacionoj ulozi promene generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta. Glavnina promene negativnog afekta dešava se u

ranim fazama tretmana, suprotno porastu self-efikasnosti u kasnijim tretmanskim fazama, pa samim tim možemo zaključiti da nema pretpostavljene medijacione uloge, što naši rezultati i potvrđuju.

H 4.7. Nije potvrđeno da postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta pozitivnog afekta.

Za razliku od zaključaka u vezi sa prethodne dve hipoteze, u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i održanja vrednosti pozitivnog afekta na stabilnom nivou porast generalizovane self-efikasnosti ostvaruje potpunu medijacionu ulogu, gotovo identičnu onoj koju u toj relaciji ostvaruje porast ličnog optimizma. Međutim vremenski sled promene u trendovima medijatorske i varijable ishoda neophodan za zaključak o medijacionom odnosu nije potvrđen, te ne možemo nedvosmisleno zaključiti da li je promena u medijatoru uzrok ili posledica trenda kriterijumske varijable.

H 4.8. Nije potvrđeno da postoji medijacioni efekat porasta generalizovane self-efikasnosti u relaciji porasta očekivanja ishoda tretmana i porasta zadovoljstva životom.

Uticaj porasta očekivanja ishoda tretmana na održanje stabilnih vrednosti zadovoljstva životom i njihov blagi porast u kasnijim fazama tretmana ostvaruje se značajno direktnim putem, kao i parcijalnim medijacionim putem preko porasta vrednosti generalizovane self-efikasnosti. Međutim, jednako kao i u prethodnoj hipotezi, pretpostavljenu kauzalnu relaciju nismo mogli nedvosmisleno da zaključimo usled nepostojanja adekvatnog vremenskog sleda promenâ trendova kriterijumske i medijatorske varijable koji bi ovaj hipotetički model implicirao.

Možemo zaključiti da smo uspeli u ambiciji da razjasnimo dileme oko medijacione uloge porasta generalnih očekivanja u relaciji porasta specifičnih očekivanja ishoda tretmana i trendova ostvarenih na kriterijumskim varijablama. Ovaj zaključak se nedvosmisleno odnosi na porast ličnog optimizma u funkciji protoka tretmana, što je u potpunosti u skladu sa pretpostavkama modela opštih faktora o mobilizaciji generalnih očekivanja klijenta pod utiskom terapijskih rituala a u funkciji postizanja efekata psihoterapijskih tretmana. S druge strane, uprkos sporadičnim značajnim medijacionim modelima, ne možemo nedvosmisleno zaključiti da porast generalizovane self-efikasnosti deli malopre opisanu ulogu porasta ličnog optimizma. Prvenstveno, do porasta vrednosti ove varijable u tretmanu dolazi nakon smanjenja uznemirenosti i negativnog afekta pa se u logičkom smislu ne može govoriti o medijatorskoj ulozi promene ove varijable kada ona vremenski sledi smanjenja na negativnim indikatorima mentalnog zdravlja umesto da im prethodi što je logični uslov za pretpostavljanje medijacionog odnosa. S druge strane, uloga porasta self-efikasnosti u predviđanju promene pozitivnih indikatora mentalnog zdravlja jeste detektovana, ali je sama promena kriterijumskih varijabli nepostojeća ili minimalna pa pre možemo govoriti o uticaju porasta generalizovane self-efikasnosti na održavanje pozitivnih indikatora nego na njihovu promenu. Konačno, naši rezultati implicitno upućuju na mogućnost da, kako zbog perioda kada se javlja porast vrednosti self-efikasnosti tako i zbog njene nejasne uloge u postizanju i održavanju tretmanske promene, ova varijabla potencijalno predstavlja parametar ishoda tretmana do čijeg je porasta došlo usled bihevioralne aktivacije klijenta i dolaska u kontakt sa pozitivnim konsekvencama promenjenog ponašanja, što bi bilo u skladu sa očekivanjima pojedinih teoretičara kontekstualnih modela (Frank &

Frank, 1991; Kirsch, 1999), ali ne i tvorca originalnog konstrukta generalizovane self-efikasnosti koji pretpostavljaju dominantno medijacionu ulogu ovog konstrukta u postizanju efekata tretmana (Schwarzer 1992; 1999).

H 5. Poslednja, peta grupa hipoteza koje smo testirali odnose se na proveru postoji li istovremeni nelinearni moderacioni efekat početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktne i indirektne efekte medijacionih modela opisanih u četvrtoj grupi hipoteza. S obzirom da smo u testirajući drugu grupu hipoteza demonstrirali potencijal fiksnih vrednosti pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana u predviđanju trendova varijabli ishoda tretmana, a u trećoj i četvrtoj grupi hipoteza da porast očekivanja ishoda tretmana ostvaruje svoj uticaj na promene merenih varijabli kako direktno tako i preko porasta vrednosti nekih generalnih očekivanja, logično je bilo pretpostaviti da će početna očekivanja ishoda tretmana nelinearno moderirati modele direktnih i indirektnih efekata promene početnih očekivanja na promene varijabli ishoda. Za ukupno osam pretpostavljenih medijacionih modela testiran je linearni i povrh njega kvadratni moderacioni uticaj fiksnih vrednosti pretretmanskih očekivanja ishoda tretmana istovremeno na sve puteve medijacionih modela. Iako varijacije između ispitanika u odstupanju od prosečnih trendova u većini medijacionih modela sugerisu potencijali moderacioni uticaj treće varijable, detektovan je tek jedan značajan moderacioni efekat.

H 5.1. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.1.

H 5.2. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.2.

Jedino u ovom modelu detektovan je statistički granično značajan moderacioni efekat linearnih vrednosti pretretmanskih očekivanja ishoda i to isključivo na relaciju prediktora, porasta očekivanja ishoda tretmana, i kriterijuma, smanjenja negativnog afekta u funkciji tretmana. Moderacioni uticaj na relacije koje medijator, porast ličnog optimizna, ostvaruje sa prediktorom i kriterijumom nije detektovan. Na osnovu ovog rezultata mogli bismo zaključiti da kod ispitanika sa višim nivoom početnih očekivanja ishoda tretmana, porast očekivanja ishoda bolje predviđa smanjenje vrednosti negativnog afekta, što se ne može reći i za ispitanike sa nižim nivoom početnih očekivanja.

H 5.3. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.3.

H 5.4. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.4.

H 5.5. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.5.

H 5.6. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.6.

H 5.7. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.7.

H 5.8. Nije potvrđeno postojanje istovremenog nelinearnog moderacionog efekta početnog nivoa očekivanja ishoda tretmana na direktni i indirektni efekat medijacionog modela opisanog u hipotezi H 4.8.

Na osnovu rezultata koje smo dobili testirajući ovu grupu hipoteza možemo zaključiti da, izuzev u slučaju relacije porasta očekivanja ishoda tretmana i smanjenja negativnog afekta i to na granici statističke značajnosti, ne postoji moderacioni uticaj fiksne vrednosti početnih očekivanja ishoda tretmana na relacije među trendovima promenâ varijabli u istraživanju u funkciji protoka tretmana. Ipak, imajući na umu kompleksnost sprovedenih analiza a i Cohenovu tvrdnju da sa uvođenjem dodatnih varijabli u modele odnosa među varijablama uvodimo i dodatne nesistemske greške merenja pa je samim tim potrebna i veća statistička snaga za detekciju značajnih efekata (Cohen, 1988), ostavljamo ovorenom i mogućnost da moderacioni uticaji pretpostavljeni u ovoj grupi hipoteza postoje, ali da u našem istraživanju zbog skromne veličine uzorka nismo uspeli u detekciji njihove značajnosti.

3. LITERATURA

- Abraham, W. T. (2007). Dispositional optimism and pessimism: stability, change, and adaptive recovery following life event experiences. *Retrospective Theses and Dissertations*. Paper 15625.
- Ahmed, M., & Westra, H.A. (2009). Impact of a Treatment Rationale on Expectancy and Engagement in Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 314–322. doi: 10.1007/s10608-008-9182-1
- Alarcón, R. D., & Frank, J. B. (2011). Preface. In R. D. Alarcón & J. B. Frank (Eds.), *The Psychotherapy of Hope: The Legacy of Persuasion and Healing* (pp. xv – xxii). Baltimore, MD: The Johns Hopkins Press.
- Al-Darmaki, F., & Kivilghan, D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379–384. doi: 10.1037/0022-0167.40.4.379
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*. 50(1), 102–109. doi: 10.1037/a0030276
- Angelson, T., Lunnen, K. M., & Ogles, B. M. (2010). Putting models and techniques in context. In Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 83–102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Apfelbaum, D. (1958). *Dimensions of transference in psychotherapy*. Berkeley: University of California Press.
- Aristofan (1996). *Ose*. Zagreb: Antibarbarus.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 261–303). Washington, DC: American Psychological Association.
- Armor, D. A., & Taylor, S. E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 30, pp. 309–379). New York: Academic Press.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 335–356). New York, NY: Oxford University Press.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Shea, C. A., McKain, T. L., & Syndor-Greenbero, J. M. (1987). Client predispositions toward cognitive and social skills treatments for shyness. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 154–164.

- Asnaani, A., & Foa, E. B. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy to include a common factors perspective: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy, 51*, 487–490. doi:10.1037/a0036891
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aubuchon-Endsley, N., & Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training & Education in Professional Psychology, 3*, 120–126. doi: 10.1037/a0014455
- Ægisdóttir, S. & Gerstein, L. H. (2000). Icelandic and American Students' Expectations About Counseling. *Journal of Counseling and Development, 78*, 44–53. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb02559.x
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M. 3rd, Laska, K. M., Del Re, A. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 395–405. doi: 10.1016/j.cpr. 2013.01.004
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp.133–178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baker, R. A. (1996). *Mind Games: Are We Obsessed with Therapy*. Amherst, N.Y.: Prometheus Books.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest, 9*, 67–103. doi:10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x
- Baker, T. B., & McFall, R. M. (2014). The promise of science-based training and application in psychological clinical science. *Psychotherapy, 51*, 482–486. doi: 10.1037/a0036563
- Baldwin, J. M. (1902). *Dictionary of Philosophy and Psychology*. Vol II. London: Macmillan and Co.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., & Atkins, D. C. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 203–211. doi: 10.1037/a0015235
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). New York: Wiley.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology, 30*(4), 183–192. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.
- Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Cristoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 1027–1032. doi: 10.1037//0022-006X.68.6.1027
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*, 247–267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247
- Barker, S. L., Funk, S. C., & Houston, B. K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, *8*, 579–594. doi: 10.1016/0272-7358(88)90082-7
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 160–167. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.160
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K., & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 184–196. doi: 10.1037//0022-006X.69.2.184
- Barkham, M., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 667–677.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, *59*, 869–878. doi: 10.1037/0003-066X.59.9.869
- Barlow, D. H. (2010). The dodo bird—again—and again. *The Behavior Therapist*, *33*(1), 15–16.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173–1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpres, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *Public Library of Science Medicine*, *10*(5), e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Başoğlu, M., Marks, I. M., Swinson, R. P., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., & Kuch, K. (1994). Pre-treatment predictors of treatment outcome in panic disorder and agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *Journal of Affective Disorders*, *30*, 123–132. doi: 10.1016/0165-0327(94)90040-X

- Bauer, D. J., Preacher, K. J., & Gil, K. M. (2006). Conceptualizing and testing random indirect effects and moderated mediation in multilevel models: new procedures and recommendations. *Psychological Methods, 11*, 142–163. doi:10.1037/1082-989X.11.2.142
- Baumeister, R. F. (2005). *The cultural animal: Human nature, meaning, and social life*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beckham, E. E. (1989). Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect? *Journal of Clinical Psychology, 43*, 945–950. doi: 10.1002/1097-4679(198911)45:6%3C945::AID-JCLP2270450620%3E3.0.CO;2-2
- Beitel, M., Hutz, A., Sheffield, K., Gunn, C., Cecero, J., & Barry, D. (2009). Do psychologically minded clients expect more from counselling? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*, 369–383. doi: 10.1348/147608309X436711
- Beitman, B. D., Soth, A. M., & Bumby, N. A. (2005). The future as an integrating force through the schools of psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 65–89). New York, NY: Oxford University Press.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58* (3), 279–289. doi: 10.1037/a0023626 doi: 10.1037/a0023626
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*, 588–606. doi: 10.1037/0033-2909.88.3.588
- Berggen, E. (1975). *The Psychology of Confession*. Leiden: Brill.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology, 10*, 244–250.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217–270). New York: Wiley.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139–190). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Perscriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229–269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). New York: Wiley.

- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 190*(2), 97–104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bohart, A. C. (2000). The Client Is the Most Important Common Factor - Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(2), 127–149.
- Bohart, A. C., & Greaves Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219–527), Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Bohart, A. C., & Talman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 83–102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1955). The implications of client expectations for the counseling process. *Journal of Counseling Psychology, 2*(1), 17–21. doi: 10.1037/h0043820
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester: Wiley & Sons, Ltd.
- Borkovec, T. D. (1972). Effects of Expectancy on the Outcome of Systematic Desensitization and Implosive Treatments for Analogue Anxiety. *Behavior Therapy, 3*, 29–40. doi: 10.1016/S0005-7894(72)80049-2
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 611–619. doi: 10.1037//0022-006X.61.4.611
- Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 155–167. doi: 10.1093/clipsy.8.2.155
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 257–260. doi: 10.1016/0005-7916(72)90045-6
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214–227.
- Brady, J. P., Reznikoff, M., & Zeller, W. W. (1960). The relationship of expectation of improvement to actual improvement of hospitalized psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 130*, 41–44. doi: 10.1097/00005053-196001000-00006
- Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *Public Library of Science One, 8*(6), e68135. doi: 10.1371/journal.pone.0068135

- Brown, G. S., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Jones, E., & Vaccaro, J. (2001). Pushing the quality envelope: A new outcomes management system. *Psychiatric Services, 52*, 925-934. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.925
- Burkert, W. (1979). *Structure and History in Greek Mythology and Ritual*. Berkeley: University of California Press.
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 133–143. doi: 10.1348/014466503321903553
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, W., Rees, A., Hardy, G.E., & Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE measures with measures of depression for clients in brief cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology, 53* (2), 253–259. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.253
- Callahan, J. L., Misner, J. B., Sauer, E. M., Schwartz, J. L., Whiteside, D. M., Gustafson, S. A., Paprocki, C. M., Saules, K. K., Swift, J. K., Wierda, K. E., & Wise, E. H. (2014). Introducing the Association of Psychology Training Clinics' Collaborative Research Network: A Study on Client Expectancies. *Training & Education in Professional Psychology, 8* (2), 95–104. doi: 10.1037/tep0000047
- Caplan, E. (1998). *Mind games: American culture and the birth of psychotherapy*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Castonguay, L. G. (1993). “Common factors” and “nonspecific variables”: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration, 3*, 267–286.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2012). Corrective Experiences in Psychotherapy: An Introduction. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in Psychotherapy: Corrective Experiences Across Cognitive Behavioral, Humanistic, and Psychodynamic Approaches* (pp. 3–10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Holtforth, M. G., & Maramba, G. G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 241–260). New York: Oxford.
- Cautin, R. L. (2011). A Century of Psychotherapy, 1860–1960. In J.C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., pp. 3–38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. F. A., Benneth Johnson, S., McCurry, S., Mieser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3–16.
- Chambless, D. L., & Crits-Christoph, P. (2006). What should be validated? The treatment method. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health:*

- Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 191–200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D.L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal for Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7–18.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5–18.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 221–240. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00008-X
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1109–1120.
- Chessick, R. D. (1982). Socrates: The First Psychotherapist. *American Journal of Psychoanalysis, 42*(1), 71–83.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316–336. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.316
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2002). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 194–226). Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Clemes, S. R., & D'AAndrea, V. J. (1965). Patients' anxiety as a function of expectation and degree of initial interview ambiguity. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 397–404. doi: 10.1037/h0022505
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling & Psychotherapy Research, 6* (1), 60–67. doi: 10.1080/14733140600581507
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician Interventions and Participant Characteristics That Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change. *Psychotherapy, 49* (4), 557–569. doi: 10.1037/a0029440
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L., & Castonguay, L. G. (2013). Context-responsive psychotherapy integration as a framework for a unified clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science, 2*, 1–20.
- Constantino, M. J., & DeGeorge, J. (2008). Believing is seeing: Clinical implications of research on patient expectations. *Psychotherapy Bulletin, 43*, 1–6.

- Constantino, M. J., Glass, C. R., Amkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence - based responsiveness* (2nd ed., pp. 354–376). New York: Oxford University Press.
- Constantino, M. J., Penek, S., Bernecker, S. L., & Overtree, C. E. (2014). A Preliminary Examination of Participant Characteristics in Relation to Patients' Treatment Beliefs in Psychotherapy in a Training Clinic. *Journal of Psychotherapy Integration, 24* (3), 238–250. doi:10.1037/a0031424
- Constantino, M. J., & Westra, H. A. (2012). An expectancy-based approach to facilitating corrective experiences in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 121–139). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/13747-008
- Consumer Reports* (1995). Mental Health: Does Therapy help?. 734–739.
- Corey, G. (2013). *Student Manual for Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy* (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole publishers.
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin, 122*, 216–220.
- Crits-Christoph, P., Chambless, D. L., & Markell, H. M. (2014). Moving evidence-based practice forward successfully: Commentary on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy, 51*, 491–495. doi: 10.1037/a0036508
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 298–340), Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Crone, H. D. (2004). *Paracelsus, the Man Who Defined Medicine*. Melbourne: The Albarello Press.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive psychotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 280–291.
- Cunningham, J. A., Kypri, K., & McCambridge, J. (2013). Exploratory randomized controlled trial evaluating the impact of a waiting list control design. *BMC Medical Research Methodology, 13*, 150. doi: 10.1186/1471-2288-13-150
- Dandy, W. C. (1853). *Psychē. A Discourse On the Birth & Pilgrimage of Thought*. London: Longman, Brown, Green and Longmans, Paternoster Row.
- Davis, M. J., & Addis, M. E. (2002). Treatment expectations, experiences, and mental health functioning predict attrition status in behavioural medicine groups. *Irish Journal of Psychology, 23*, 37–51.
- Dawkins, R. (1997). Is Science a Religion? *The Humanist, 57*, 26-29.

- DeFife, J. A., & Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration, 21*, 172–191. doi:10.1037/a0023889
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12* (2), 174–183. doi: 10.1093/clipsy.bpi022
- Devereux, G. (1970). The Psychotherapy Scene in Euripides' Bacchae. *The Journal of Hellenic Studies, 90*, 35–48. doi: 10.2307/629752
- Devilly, G., & Borkovec, T. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 31*, 73–86.
- Devilly, G., & McFarlane, A. (2009). When wait lists are not feasible, nothing is a thing that does not need to be done. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1159–1168. doi: 0.1037/a001687
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about treatment. *Mental Health Services Research, 7*, 21–33.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S. & Emmons, R. A. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(5), 1253–1265. doi: 10.1037/0022-3514.48.5.1253
- Dimcovic, N. (2001). Clients' perceptions of their short-term psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling, and Health, 4*, 249–265. doi: 10.1080/13642530110073257
- Dodds, E. R. (1957). *The Greeks and the Irrational*. Boston: Beacon Press.
- Doss, B. D., & Atkins, D. C. (2006). Investigating treatment mediators when simple random assignment to a control group is not possible. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 321–336. doi:10.1111/j.1468-2850.2006.00045.x
- Dozois, D. J. A., & Westra, H. A. (2005). Development of the Anxiety Change Expectancy Scale (ACES) and validation in college, community, and clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1655–1672. doi:10.1016/j.brat.2004.12.001
- Draguns, J. G., Gielen, U. P., & Fish, J. M. (2004). Approaches to Culture, Healing, and Psychotherapy. In J. G. Draguns, U. P. Gielen, & J. M. Fish (Eds.), *Handbook of Culture, Therapy, and Healing* (pp. 1–11). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & van den Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review, 23*, 1115–1137. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.003
- Duckro, P., Beal, D., & George, C. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin, 86*, 260–275. doi: 10.1037/0033-2909.86.2.260

- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (Rev.ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L. (2010). Prologue: Saul Rosenzweig: The Founder of Common Factors. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed., pp. 3–22). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eckert, P. A. (1993). Acceleration of change: Catalysts in brief therapy. *Clinical Psychology Review*, 13, 241–253.
- Eddington, K. M., Dozois, D. J., & Backs-Dermott, B. J. (2014). Evaluation of the internal consistency, factor structure, and validity of the Depression Change Expectancy Scale. *Assessment*, 21(5), 607–617. doi: 10.1177/1073191113517929
- Edelstein E. J. & Edelstein, L. (1945). *Asclepius. A Collection and Interpretation of the Testimonies*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Press.
- Ehrenwald, J. (1976). *The history of psychotherapy: From healing magic to encounter*. New York, NY: Jason Aronson.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277.
- Elijade, M. (1985). *Šamanizam i arhajske tehnike ekstaze*. Novi Sad: Matica Srpska.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114–139). New York: Wiley.
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M., & Krupnick, J. L. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 437–451. doi: 10.1093/ptr/9.4.437
- Elkins, D. N. (2009). The Medical Model in Psychotherapy: An Explanatory System That Fails to Explain. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 267–291.
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O., & Best, M. (2014). The Process of Seeking Psychotherapy and Its Impact on Therapy Expectations and Experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1900
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., & Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 449–163. doi: 10.1037/0022-0167.41.4.449
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48 (1), 43–49. doi: 10.1037/a0022187
- Ellis, A. (2005). *Savladavanje otpora u psihoterapiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Entralgo, P. L. (1970). *The Therapy of the World in Classic Antiquity*. New Haven: Yale University Press.

- Evans, C. E., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomer in routine evaluation. *Journal of Mental Health, 9*, 247-255. doi: 10.1080/jmh.9.3.247.255
- Evans, C, Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51–60.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16*(5), 319–324. doi: 10.1037/h0063633
- Festinger, D. S., Lamb, R. J., Marlowe, D. B., & Kirby, K. C. (2002). From telephone to office: Intake attendance as a function of appointment delay. *Addictive Behaviors, 27*(1), 131–137. doi: 10.1016/s0306-4603(01)00172-1
- Fish, J. M. (1973). *Placebo therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Fish, J. M. (1996). *Culture and Therapy. An integrative approach*. Northvale, N.J.: Jason Aronson Inc.
- Fish, J. M. (2004). Cross-cultural Commonalities in Therapy and Healing: Theoretical Issues and Psychological and Sociocultural Principles. In U. P. Gielen, J. M. Fish, & J. G. Draguns (Eds.), *Handbook of Culture, Therapy, and Healing*. London: Lawrence Erlbaum Associates. Inc.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 25–43.
- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1120–1132.
- Fortescue, A. (1908). Confiteor. In *The Catholic Encyclopedia*. New York: Robert Appleton Company.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350–361.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series (Vol. 1): Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 9–37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Stone, A. R., & Nash, E. H. (1959). Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *115*, 961–968. doi: 10.1176/ajp.115.11.961
- Frank, J. D., Nash, E. H., Stone, A. R., & Imber, S. D. (1963). Immediate and long-term symptomatic course of psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *120*, 429–439.
- Frejzer, Dž. Dž. (2003). *Zlatna grana. Proučavanje magije i religije*. Beograd: Ivanišević.
- Freud, S. (1953). Psychological treatment. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 289). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (2002). *Civilization and Its Discontents*. London: Penguin.
- Friedman, H. J. (1963). Patient expectancy and symptom reduction. *Archives of General Psychiatry*, *8*, 61–67. doi: 10.1001/archpsyc.1963.01720070063007
- Fromm, R. E. (2001). Predictors of outcome in a cognitive-behavioral anxiety management group. *Dissertation Abstracts International*, *61*, 49–81.
- Fuko, M. (1978). *Istorija seksualnosti. Volja za znanjem*. Beograd: Prosveta.
- Fuko, M. (2013). *Istorija ludila u doba klasicizma*. Novi Sad: Mediteran publishing.
- Fulgosi, A. (1981). *Psihologija ličnosti. Teorije i istraživanja*. Zagreb: Školska knjiga.
- Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., Chen, P., Hunot, V., & Churchill, R. (2014). Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *130*(3), 181–192. doi: 10.1111/acps.12275
- Gaines, A. D. (1992). Ethnopsychiatry: The Cultural Construction of Psychiatries. In A. D. Gaines (Ed.), *Ethnopsychiatry: The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries* (pp. 3–50). Albany, NY: State University of New York Press.
- Gallo, D. A., & Finger, S. (2000). The power of musical instrument: Franklin, the Mozarts, Mesmer, and the glass harmonica. *History of Psychology*, *3*, 326–343.
- Ganzach, Y. (1997). Misleading Interaction and Curvilinear Terms. *Psychological Methods*, *2* (3), 235–247. doi: 10.1037/1082-989X.2.3.235
- Garfield, S. L. (1957). *Introductory Clinical Psychology*. New York, NY: Macmillan.
- Garfield, S. L. (1981). Psychotherapy: A 40-year appraisal. *American Psychologist*, *36*, 174–183.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190–228). New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: Wiley & Sons.
- Garfield, S. L. (2003). Eclectic Psychotherapy: A Common Factors Approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169–202). New York: Oxford University Press.

- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 3–18). New York, NY: Wiley
- Garfield, S. L., & Wolpin, M. (1963). Expectations regarding psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *137*, 353–362. doi: 10.1097/00005053-196310000-00007
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. New York: Prentice-Hall.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, *26*, 296–302. doi: 10.1037/h0085439
- Gauld, A. (1992). *A History of Hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gavrilov-Jerković, V. (2003): *Relacija spremnosti za promenu i efekata psihijatrijskog tretmana u kontekstu transteorijskog modela promene*. Doktorska disertacija, Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Gavrilov-Jerković, V., Jovanović, V., Žuljević, D., & Brdarić, D. (2014). When Less is More: A Short version of the Personal Optimism Scale and the Self-Efficacy Optimism Scale. *Journal of Happiness Studies*, *15*, 455–474. doi: 10.1007/s10902-013-9432-0
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, *24* (2), 117–131. doi:10.1080/10503307.2013.845920
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, *13*(1), 59–76. doi: 10.1093/ptr/kpg007
- Gill, C. (1985). Ancient Psychotherapy. *Journal of the History of Ideas*, *46*(3), 307–325.
- Gladstein, G. A. (1969). Client expectations, counseling experience, and satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, *16*(6), 476–481. doi: 10.1037/h0028487
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 455–461. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.455
- Goldfarb, D. (2002). College counseling center client's expectations about counseling: How they relate to depression, hopelessness and actual-ideal self-discrepancies. *Journal of College Counseling*, *5*, 142–152. doi: 10.1002/j.2161-1882.2002.tb00216.x
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, *35*, 991–999. doi: 10.1037//0003-066X.35.11.991
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, *33*, 862–869. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.003
- Goldfried, M. R. (2014). On the Assumption Underlying Therapy Change Principles. *Journal of Psychotherapy Integration*, *24*(4), 725–729. doi: 10.1037/a0038281
- Goldfried, M. R. & Newman, C. F. (2003). A History of Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 46–93). New York, NY: Oxford University Press.

- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E., & Bell, A. C. (2005). A History of Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 24–60). New York, NY: Oxford University Press.
- Goldstein, A. P. (1960a). Patient's expectancies and non-specific therapy as a basis for (un-)spontaneous remission. *Journal of Clinical Psychology*, *16*, 399–403. doi: 10.1002/1097-4679(196010)16:4<399::AID-JCLP2270160416>3.0.CO;2-E
- Goldstein, A. P. (1960b). Therapist and client expectation of personality change in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, *3*, 180–184. doi: 10.1037/h0043998
- Goldstein, A. P. & Shipman, W. G. (1961). Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, *7*(2), 129–133. doi: 10.1002/1097-4679(196104)17:2%3C129::AID-JCLP2270170207%3E3.0.CO;2-T
- Goldstein, A. P. (1962). *Therapist - patient expectancies in psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Goossens, M. E. J. B., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kole-Snijders, A., & Evers, S. M. A. A. (2005). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, *21*, 18–26.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, *26*, 657–678. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.002
- Greer, F. L. (1980). Prognostic expectations and outcome of brief therapy. *Psychological Reports*, *46*, 973–974. doi: 10.2466/pr0.1980.46.3.973
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*(5), 372–378. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372
- Grimm, J., Grimm, W., & Taylor, E. (2009). *Fairy Tales of the Brothers Grimm*. Waiheke Island: The Floating Press.
- Grünbaum, A. (1986). Précis of The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique. *Behavioral and Brain Sciences*, *9*(2), 217–284. doi: 10.1017/S0140525X00022287
- Hardin, S. I., Subich, L. M., & Holvey, J. M. (1988). Expectancies for Counseling in Relation to Premature Termination. *Journal of Counseling Psychology*, *35*(1), 37–40. doi: 10.1037/0022-0167.35.1.37
- Hardin, S. I., & Yanico, B. J. (1983). Counselor gender, type of problem, and expectations about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *30* (2), 294–297. doi:10.1037/0022-0167.30.2.294
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Reynolds, S., Rees, A., & Stiles, W. B. (1995). Credibility and outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *34*, 555–569. doi: 10.1111/j.2044-8260.1995.tb01489.x

- Haviland, W. A. (2004). *Kultruna antropologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. A. (2007). Change is Not Always Linear: The Study of Nonlinear and Discontinuous Patterns of Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715–723. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.008
- Hayes, J. A. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical Mediation Analysis in the New Millennium. *Communication Monographs*, 76 (4), 408–420. doi: 10.1080/03637750903310360
- Hayes, J. A., & Wall, T. N. (1998). What influences clinicians' responsibility attributions? The role of problem type, theoretical orientation, and client attribution. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 69–74. doi: 10.1521/jscp.1998.17.1.69
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heilbrun, A. (1970). Towards a resolution of the dependency-premature termination paradox for females in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 382–386. doi: 10.1037/h0029350
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2010). Motivation and Action: Introduction and Overview. In J. Heckhausen, & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation and Action* (2nd ed., pp. 1–9). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heine, R. W. (1953). A comparison of patients' reports on psychotherapeutic experience with psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 7, 16–23.
- Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365–387.
- Herbert, J. D. & Gaudiano, B. A. (2008). Moving from empirically supported treatment lists to practice guidelines in psychotherapy: The role of the placebo concept. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 893–908. doi: 10.1002/jclp.20133
- Hertzog, C., Lindenberger, U., Ghisletta, P., & von Oertzen, T. (2006). On the power of multivariate latent growth curve models to detect correlated change. *Psychological Methods*, 11, 244–252.
- Hoch, P. (1955). Aims and limitations of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 112, 321–327.
- Hoehn-Saric, R., Frank, J., Imber, S. D., Nash, E. H., Stone, A. R., & Battle, C. C. (1964). Systematic preparation of patients for psychotherapy - Effects on therapy behavior and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267–281. doi:10.1016/0022-3956(64)90013-5
- Hoffart, A., Borge, F. M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). The role of common factors in residential cognitive and interpersonal therapy for social phobia: A process-outcome study. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 54–67. doi:10.1080/10503300802369343.
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy* 40(6),611–623.

- Holtforth, M. G., Krieger, T., Bochsler, K., & Mauler, B. (2011). The prediction of psychotherapy success by outcome expectations in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 321–322. doi: 10.1159/000324171
- Holt, C. S., & Heimberg, R. G. (1990). Reaction to Treatment Questionnaire: Measuring treatment credibility and outcome expectations. *Behavior Therapist*, 13, 213–214.
- Horenstein, D., & Houston, B. K. (1976). The expectation-reality discrepancy and premature termination from psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 373–378. doi: 10.1002/1097-4679(197604)32:2%3C373::AID-JCLP2270320235%3E3.0.CO;2-K
- Horenstein, D., Houston, B. K., & Holmes, D. C. (1973). Clients', therapists' and judges' evaluation of psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 20(2), 149–153. doi: 10.1037/h0034172
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Re, A. C. D., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relations That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed., pp. 25–69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, P. (1990). Treatment expectancy as a function of the amount of information presented in therapeutic rationales. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 636–642. doi: 10.1002/1097-4679(199009)46:5%3C636::AID-JCLP2270460516%3E3.0.CO;2-U
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159–164. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.159
- Howard, K. I., Krause, M. S., Saunders, S. M., & Kopta, S. M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 221–225.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678–685.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453. doi: 10.1037//1082-989X.3.4.424
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). Introduction. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed., pp. 23–46). Washington, DC: American Psychological Association.

- Huey, S. J. Jr, Tilley, J. L., Jones, E. O., & Smith, C. (2014). The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 305–338. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153729
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD001848. doi: 10.1002/14651858.CD001848.pub4.
- Huppert, F. A. and Whittington, J. E. (2003), Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology, 8*(1), 107–122. doi: 10.1348/135910703762879246
- Iardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific treatment factors in cognitive-behavioral therapy (CBT) for depression. *Clinical Psychology Science and Practice, 1*, 138–156. doi: 10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 533–543. doi: 10.1037/a0013171
- Jackson, S. W. (1999). *Care of the Psyche. A History of Psychological Healing*. New Haven & London: Yale University Press.
- Jacoby, R. (1986). *Potiskivanje psihoanalize. Otto Fenichel i politizovani frojdisti*. Beograd: Radionica SIC.
- Jalom, I. (2011). *Gledanje u sunce. Prevazilaženje užasa od smrti*. Novi Sad: Psihopolis.
- James, W. (1987). *Essays, Comments, and Reviews*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Janićijević, J. (1986). *U znaku Moloha. Antropološki ogled o žrtvovanju*. Beograd: Vajat.
- Jenkins, S. J., Fuqua, D. R., & Blum, C. R. (1986). Factors related to duration of counseling in a university counseling center. *Psychological Reports, 58*, 467-472. doi: 10.2466/pr0.1986.58.2.467
- Johansson, P., & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 1-9. doi:10.1002/cpp.514
- Jovanović, V., Žuljević, D., i Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS–21) – Struktura negativnog afekta kod adolescenata. *Engrami, 33*(2), 19–28.
- Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., i Brdarić, D. (2014). Psihometrijska evaluacija Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa–21 (DASS–21) na uzorku studenata u Srbiji. *Psihologija, 47*(1), 93–112. doi: 10.2298/PSI1401093J
- Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectations and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 9*(4), 213–225.
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 672–679. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.672

- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236–248.
- Kamin, I., & Caughlan, J. (1963). Subjective experiences of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 660–668.
- Karlsson, H., Kronström, K., Nabi, H., Oksanen, T., Salo, P., Virtanen, M., Suominen, S., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2011). Low level of optimism predicts initiation of psychotherapy for depression: results from the Finnish Public Sector Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 238–244. doi: 10.1159/000323613.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research Design in Clinical Psychology* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184–188. doi:10.1093/clipsy.bpi023
- Kazdin, A. E. (2006). Mechanisms of Change in Psychotherapy: Advances, Breakthroughs, and Cutting-Edge Research (Do Not Yet Exist). In R. R. Bootzin & P. E. McKnight (Eds.), *Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation* (pp. 77–101). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy*, 14, 657–671. doi:10.1016/S0005-7894(83)80058-6
- Kellner, R., & Sheffield, B. F. (1971). The relief of distress following attendance at a clinic. *British Journal of Psychiatry*, 118, 195–198. doi: 10.1192/bjp.118.543.195
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: W.W.Norton.
- Kenny, D. A., Korchmaros, J. D., & Bolger, N. (2003). Lower level mediation in multilevel models. *Psychological Methods*, 8, 115–128. doi: 10.1037/1082-989X.8.2.115
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486-507. doi: 10.1177/0049124114543236
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford.
- Kirsch, I. (1978). The placebo effect and the cognitive-behavioral revolution. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 255–264.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189–1202. doi: 10.1037/0003-066X.40.11.1189
- Kirsch, I. (1990). *Changing Expectations: A Key to Effective Psychotherapy*, Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Kirsch, I. (2006). Placebo: The Role of Expectancies in the Generation and Alleviation of Illness. In Halligan, P., & Mansel, A. (Eds), *The Power of Belief: Psychosocial Influence on Illness, Disability and Medicine* (pp. 55–67). Oxford: Oxford University Press.
- Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York: Basic Books.
- Kirsch, I., & Low, C. B. (2013). Suggestion in the treatment of depression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 55 (3), 221–229. doi: 10.1080/00029157.2012.738613
- Kirsch, I., & Weixel, L.(1988). Double-blind versus deceptive administration of placebo. *Behavioral neuroscience*, 102, 319–323. doi: 10.1037/0735-7044.102.2.319
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practices of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Knekt, P., Heinonen, E., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., Lindfors, O., & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2015). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 381–388. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.113.
- Knox, S. (2000). Clients' internal representations of their therapists: A qualitative study. *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering*, 4230.
- Kopta, S. M. (2003). The dose–effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 727–733.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009–1016.
- Kostić, A., i Nedeljković, J. (2012). Samoefikasnost i vremenska orijentacija kod studenata filozofskog fakulteta u Nišu. *Teme*, 3, 1103–1106.
- Kraemer, H. C., Wilson, G., Fairburn, C. G., & Agras, W. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877–884. doi:10.1001/archpsyc.59.10.877
- Kraft, P., Sutton, S., & Reynolds, H. (1999). The transtheoretical model of behavior change: Are the stages qualitatively different? *Psychology and Health*, 14, 433–450.
- Kraus, M., Fitzsimmons, M., & Wolf, N. (1969). Focussing on the clients' expectation of treatment. *Psychological Reports*, 24, 973–974.
- Krause, M. S., Howard, K. I., & Lutz, W. (1998). Exploring individual change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 838–845.
- Kreft, I. G. G., & de Leeuw, J. (1998). *Introducing Multilevel Modeling*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Kring, A. M., Persons, J. B., & Thomas, C. (2007). Changes in affect during treatment for depression and anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1753–1764.

- Kuhn, T. S. (1970). Logic of discovery or psychology of research. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 1–23). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91–196). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York, NY: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013a). Introduction and Historical Overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 3–21), Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2013b). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219–527), Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 165–174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting Client Feedback. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relations That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed., pp.203–223). New York, NY: Oxford University Press.
- Landman, J. T., & Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist, 37*(5), 504–516. doi: 10.1037/0003-066X.37.5.504
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467–481. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034332>
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy, 51*(4), 519–524. doi: 10.1037/a0038245
- Lawson, D. (1994). Identifying pretreatment change. *Journal of Counseling and Development, 72*(3), 244–248. doi: 10.1002/j.1556-6676.1994.tb00929.x
- Lax, T., Basoglu, M., & Marks, I. M. (1992). Expectancy and compliance as predictors of outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Psychotherapy, 20*, 257–266. doi: 10.1017/S0141347300017237
- Lazarus, A. A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lent, R. W. (1983). Perceptions of credibility of treatment and placebo by treated and quasi-control subjects. *Psychological Reports, 52*(2), 383–386.

- Leong, F. T. (1986). Counseling and psychotherapy with Asian- Americans: Review of the literature. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 196–206. doi: 10.1037/0022-0167.33.2.196
- Lévi-Strauss, C. (1989). *Strukturalna antropologija*. Zagreb: Stvarnost.
- Levitt, E. E. (1966). Psychotherapy research and the expectation-reality discrepancy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 3*, 163–166.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 314–324.
- Lieberman, M. D. (2013). *Social: Why our brains are wired to connect*. New York: Crown Publishing Group.
- Lightsey, O. R. (1997). Generalized self-efficacy expectancies and optimism as predictors of growth group outcomes. *Journal for Specialists in Group Work, 22*, 189–202.
- Lipkin, S. (1954). Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. *Psychological Monographs, 68*(1), 1–30.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48* (12), 1181–1209.
- Livianos-Aldana, L., Vila-Gomez, M., Rojo-Moreno, L., & Luengo-Lopez, M. A. (1999). Patients who miss initial appointments in community psychiatry? A Spanish community analysis. *International Journal of Social Psychiatry, 45*(3), 198–206. doi: 10.1177/002076409904500307
- Lorion, R. P. (1978). Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged: Past, present, and future directions. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 903–938). New York: Wiley.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: an evaluation." *British Journal of Psychology, 45*, 129–131.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 92–118). New York: Brunnel/Mazel.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry, 32* (8), 995–1008.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty-Two Therapists and Seven Patient Samples. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4* (1), 53–65.
- Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A. & Krause E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 2–12.

- Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E. E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150–158.
- Lutz, W., Lowry, J., Kopta, S. M., Einstein, D. A., & Howard, K. I. (2001). Prediction of dose–response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 889–900.
- MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 6* (3), 219–228. doi:10.1037//1089-2699.6.3.219
- Maddux, J. E., Sherer, M., & Rogers, R. W. (1982). Self-efficacy expectancy and outcome expectancy: Their relationship and their effects on behavioral intentions. *Cognitive Therapy and Research, 6*(2), 207–211.
- Martin, P. J., & Sterne, A. L. (1975). Prognostic expectations and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 572–576.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., & McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin, 103*, 391–410.
- Mau, W. C., & Jepsen, D. A. (1988). Attitudes toward counselors and counseling processes: A comparison of Chinese and American graduate students. *Journal of Counseling & Development, 67*, 189–192.
- Maurish, M. E. (2002). *Essentials of Treatment Planning*. New York: Wiley.
- McClintock, A. S., Anderson, T. & Petrarca, A. (2015). Treatment Expectations, Alliance, Session Positivity, and Outcome: An Investigation of a Three-Path Mediation Model. *Journal of Clinical Psychology, 71*(1), 41–49. doi: 10.1002/jclp.22119
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist, 65*, 73– 84. doi:10.1037/a0018121
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
- McMinn, M. R., & Campbell, C. D. (2007). *Integrative Psychotherapy: Toward a Comprehensive Christian Approach*. Downers Grove, IL: Inter Varsity Press.
- Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried, (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 130–165). New York: Basic Books.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectations, patient alliance and outcome: Further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 1051–1055.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. (3rd ed.). New York: The Guildford Press.

- Mischel, W. (1973). Towards a cognitive social reconceptualization of personality. *Psychological Review*, *80*, 252–283.
- Mooney, T. K., Gibbons, M. B., Gallop, R., Mack, R. A., & Crits-Christoph, P. (2014). Psychotherapy credibility ratings: patient predictors of credibility and the relation of credibility to therapy outcome. *Psychotherapy Research*, *24*(5), 565–77. doi: 10.1080/10503307.2013.847988.
- Moos, D. (2001). The Roots and Genealogy of Humanistic Psychology. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental, & J. F. Pierson (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice* (pp. 5–20). Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, *27* (3), 878–884. doi: 10.1037/a0030274
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *37*(2), 117–123.
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Twining, L. W., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *7*, 651–657.
- Muthén, B. O. & Khoo, S.T. (1998) Longitudinal studies of achievement growth using latent variable modeling. *Learning and Individual Differences*, *10*, 73–101.
- Muthén, B. O., & Muthén, L. K. (2000). Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *24*, 882–891.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Mplus User's Guide*. (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Newman, M. G., & Fisher, A. J. (2010). Expectancy/Credibility Change as a Mediator of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Mechanism of Action or Proxy for Symptom Change? *International Journal of Cognitive Therapy*, *3* (3), 245–261. doi:10.1521/ijct.2010.3.3.245
- Noble, L., Douglas, B., & Newman, S. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, *52*, 985–998. doi:10.1016/S0277-9536(00)00210-0
- Nock, M. K. (2007). Conceptual and design essentials for evaluating mechanisms of change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *31*, (Suppl. 3), 4–12. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00488.x
- Norberg, M. M., Wetterneck, C. T., Sass, D. A., & Kanter, J. W. (2011). Development and psychometric evaluation of the Milwaukee Psychotherapy Expectations Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, *67*, 574–590. doi:10.1002/jclp.20781

- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 3–23). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 113–141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relations That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed., pp.3–21). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3–45). New York: Basic Books.
- Novović, Z., i Mihić, Lj. (2008). *Srpski inventar afekata baziran na Positive and Negative Affect Schedule-X (SIAB-PANAS)*. Unpublished manuscript. Novi Sad: University of Novi Sad.
- Novović, Z., Mihić, Lj., Tovilović, S., & Jovanović, V. (2008). Relations among positive and negative affect, disphoria and anxiety. *Psihologija*, 41, 413–433.
- Nussbaum, M. C. (1994). *The Therapy of Desire: Theory and Practice of Hellenistic Ethics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ogles, B. M., Anderson, T., & Lunnen, K. M., (1999). The contribution of techniques to therapeutic efficacy: Contradictions between research and training. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 201–226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oliver, J. M., Hart, B. A., Ross, M. J., & Katz, B. M. (2001). Healthy perfectionism and positive expectations about counseling. *North American Journal of Psychology*, 3, 229–242.
- Orlinsky, D. E. (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311–381). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy — Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2002). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's*

- Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 307–389). Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *Biomedcentral Psychiatry*, *11*(1), 200.
- Overall, B., & Aronson, H. (1963). Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class. *American Journal of Orthopsychiatry*, *33*, 421–430.
- Parloff, M. B. (1986). Frank's "common elements" in psychotherapy: Nonspecific factors and placebos. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*(4), 521–530.
- Patten, S., Vollman, A., & Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *11*(1), 57–66.
- Patterson, C. L., Anderson, T., & Wei, C. (2013). Clients' pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(7), 673–680. doi: 10.1002/jclp.22054
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29–62). New York: McGraw-Hill.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, *5*, 164–172. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.164
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, *48*(1), 91–98.
- Piper, W. E., & Wogan, M. (1970). Placebo effect in psychotherapy: An extension of earlier findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *34*, 447.
- Poper, K. (1973). *Logika naučnog otkrića*. Beograd: Nolit.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *30*, 635–641.
- Preacher, K. J. (2006). Quantifying Parsimony in Structural Equation Modeling. *Multivariate Behavioral Research*, *41*(3), 227–259.
- Price, M., & Anderson, P. L. (2012). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, *49*, 173–179. doi: 10.1037/a0024734
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. & Rothbaum, B. (2008). Greater expectations: Using hierarchical linear modeling to examine expectancy for treatment outcome as a predictor for treatment response. *Behavior Therapy*, *39*, 398–405. doi:10.1016/j.beth.2007.12.002
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). New York, NY: Oxford University Press.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1024.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2014). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (8th ed.). Stamford, CT: Cengage Learning.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow & Co.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39–46.
- Proctor, E. K., & Rosen, A. (1981). Expectations and preferences for counselor race and their relation to intermediate treatment outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 40–46.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Rauch, W.A., Schweizer, K., & Moosbrugger, H. (2008). An IRT Analysis of the Personal Optimism Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(1), 49–56.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55, 377–399.
- Reynolds, S., Stiles, W. B., Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 577–586.
- Rilling, M. (2000). John Watson's Paradoxical Struggle to Explain Freud. *American Psychologist*, 55(3), 301–312. doi:10.1037//0003-066X.55.3.301
- Ritchie, P. D., Jenkins, M., & Cameron, P. A. (2000). A telephone call reminder to improve outpatient attendance in patients referred from the emergency department: a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 30, 585–592.
- Robinson, F. P. (1950). *Principles and procedures in student counseling*. New York: Harper & Row.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes, and Values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rokke, P. D., Carter, A. S., Rehm, L. P., & Veltum, L. G. (1990). Comparative credibility of current treatments for depression. *Psychotherapy*, 27(2), 235–242. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.235
- Ronk, F. R., Korman, J. R., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2013). Assessing Clinical Significance of Treatment Outcomes Using the DASS-21. *Psychological Assessment*, 25(4), 1103–1110. doi: 10.1037/a0033100

- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research, 23*, 394–418. doi:10.1080/10503307.2013.775528
- Rosenthal, D., & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin, 53*, 294–302.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Rosenzweig, S. (1938). A dynamic interpretation of psychotherapy oriented towards research. *Psychiatry, 1*, 521–526.
- Rosenzweig, S. (1940). Areas of agreement in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 10*, 703–704.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 49*, 298–304.
- Rosenzweig, S. (1974). Process and outcome effects of expectations preparation for therapy. *Dissertation Abstracts International, 35*, 2445.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning theory and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80* (1), 609.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., Bertl-Schuessler, A., Janecke, N., Lampe, A., & Schuessler, G. (2005). Changes in motivation and therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research, 15*, 117 – 127. doi:10.1080/10503300512331327092
- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the Bipolarity of Positive and Negative Affect. *Psychological Bulletin, 125*(1), 3–30. doi: 10.1037/0033-2909.125.1.3
- Rutherford, A. (2006). Mother of behavior therapy and beyond: Mary Cover Jones and the study of the “whole child.” In D. A. Dewsbury, L. T. Benjamin, Jr., & M. Wertheimer (Eds.), *Portraits of pioneers in psychology* (vol 4., pp. 189–204). Washington, DC, and Mahwah, NJ: American Psychological Association and Lawrence Erlbaum.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Clients’ expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 694–698.
- Satorra, A., & Bentler, P., M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis : Applications for developmental research* (pp. 399–419). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Shapiro, A. K., Struening, E., & Shapiro, E. (1980). The reliability and validity of a placebo test. *Journal of Psychiatric Research, 15*, 253–290.
- Scheff, T. J. (2001). *Catharsis in healing, ritual, and drama*. Lincoln, NE: iUniverse.com
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological wellbeing. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189–216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Sr., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1024–1040.
- Schneider, W., & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 11*, 153–167.
- Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 242–251.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34*, 176–187.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research, 18* (4), 481–494. doi:10.1080/10503300801932505
- Schumacker, R., & Lomax, R. (1996). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates: Inc.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behavior. *Journal of Health Psychology, 4*(2), 115–127.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 1–29.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35–37). Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Schwarzer, R., Sniehotta, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., Wegner, M., Ziegelmann, J. P. (2003). *On the assessment and analysis of variables in the health action process approach conducting an investigation*. Berlin: Freie Universität. doi: 10.5167/uzh-102499
- Schweizer, K., & Koch, W. (2001). The assessment of components of optimism by POSO-E. *Personality and Individual Differences, 31*, 563–574. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00161-6

- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1646–1655.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965–974.
- Shapiro, A. K., & Shapiro, E. S. (1997). *The powerful placebo: From ancient priest to modern medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Shapiro, A. K., Struening, E. & Shapiro, E. S. (1980). The reliability and validity of a placebo test. *Journal of Psychiatric Research, 15*, 253–290.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92*, 581–604.
- Simon, B. (1978). *Mind and Madness in Ancient Greece: Classical Roots of Modern Psychiatry*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Simon G. E. & Ludman, E.J. (2010). Predictors of early dropout from psychotherapy for depression in community practice. *Psychiatric Services, 61*, 684–689.
- Simon, G., Imel, Z. E., & Steinfield, B. J. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services, 63*, 705–707.
- Smith, M. L., & Glass, G. V (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752–760.
- Smith, M. L., Glass, G. V, & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Snyder, J., Hill, C., & Derksen, T. (1972). Why some students do not use university facilities. *Journal of Counseling Psychology, 19*, 283–268.
- Snyder, C. R., Michael, S. T , & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 179–200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Southworth, S., & Kirsch, I. (1988). The role of expectancy in exposure - generated fear reduction in agoraphobia. *Behavior Research and Therapy, 26*, 113–120.
- Sparks, J., Duncan, B., Miller, S. D. (2008). Common factors in psychotherapy. In J. Lebow (ed.). *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (pp. 453–497). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Steiger, J. H., & Lind, J. C. (1980). Statistically-based tests for the number of common factors. Paper presented at the annual Spring Meeting of the Psychometric Society. Iowa City: Iowa.
- Stevanović, L. (2009). *Laughing at the Funeral: Gender and Anthropology in Greek Funerary Rites*. Belgrade: Serbian Academy of Science and Arts Institute of Ethnography.

- Stevens, S. E., Hynan, M. T., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273–290.
- Stewart, P. K., Steele, M. M., & Roberts, M. C. (2014). What Happens in Therapy: Adolescents' Expectations and Perceptions of Psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23 (1), 1–9. doi: 10.1007/s10826-012-9680-3
- Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 298–305.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stricker, G., & Gold, J. R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 47–58.
- Strohmer, D. C., Biggs, D. A., & McIntyre, W. F. (1984). Social comparison formation and judgments about depression and seeking counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 591–594. doi: 10.1037/0022-0167.31.4.591
- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 3–22). New York: Wiley.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187–196. doi:10.1037/0003-066X.32.3.187
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 864–874.
- Subich, L. M., & Coursol, D. H. (1985). Counseling Expectations of Clients and Nonclients for Group or Individual Treatment Modes. *Journal of Counseling Psychology*, 32(2), 245–251.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Sussman, L. K. (2004). The Role of Culture in Definitions, Interpretation, and Management of Illness. In J. G. Draguns, U. P. Gielen, & J. M. Fish (Eds.), *Handbook of Culture, Therapy, and Healing* (pp. 37–65). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2008). A delay-discounting measure of great expectations and the effectiveness of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 581–588. doi:10.1037/0735-7028.39.6.581
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368–381.

- Swift, J. K., Callahan, J., & Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328–335.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21(2), 193–200.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 300–315). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Swift, J. K., & Derthick, A. O. (2013). Increasing Hope by Addressing Clients' Outcome Expectations. *Psychotherapy*, 50 (3), 284–287
- Swift, J. K., & Greenberg, R. D. (2012). Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. doi: 10.1037/a0028226
- Swift, J. K., Whipple, J. L., & Sandberg, P. (2012). A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy*, 49 (4), 549–556. doi:10.1037/a0029441
- Szasz, T. (1974). *Ceremonial Chemistry. The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Garden City, NY: Anchor press / Doubleday.
- Szasz, T. (1978). *The Myth of Psychotherapy: Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression*. Garden City, NY: Anchor press / Doubleday.
- Szasz, T. (1983). *Proizvodnja ludila. Usporedno proučavanje inkvizicije i pokreta za brigu o duševom zdravlju*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.
- Šaraf, M. (1997). *Bura na zemlji. Biografija Vilhelma Rajha*. Beograd: Radio B92.
- Talmon, M. (1990). *Single Session Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3–23.
- Taylor, E. (1999). *Shadow culture: Psychology and spirituality in America*. Washington, DC: Counterpoint.
- Taylor, S. (2003). Outcome predictors for three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 149–161. doi: 10.1891/jcop.17.2.149.57432
- Tinsley, H. E., Brown, M. T., de St. Aubin, T., & Lucek, J. (1984). Relationship between expectancies for a helping relationship and tendency to seek help from a campus help provider. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 149–160. doi: 10.1037/0022-0167.31.2.149
- Tinsley, H. E., & Harris, D. J. (1976). Client expectations for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 23(3), 173–177. doi: 10.1037/0022-0167.23.3.173
- Tinsley, H. E. A., Bowman, S. L., & Ray, S. B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 99–108. doi: 10.1037/0022-0167.35.1.99

- Tinsley, H. E. A., Bowman, S. L., & Barich, W. (1993). Counseling Psychologists' Perceptions of the Occurrence and Effects of Unrealistic Expectations About Counseling and Psychotherapy Among Their Clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 46–52.
- Tinsley, H. E. A., & Wescot, A. M. (1990). Analysis of the cognitions stimulated by the items on the Expectations About Counseling-Brief Form: An analysis of construct validity. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 223–226.
- Tinsley, H. E. A., Workman, K. R., & Kass, R. A. (1980). Factor analysis of the domain of client expectancies about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 561–570. doi:10.1037//0022-0167.27.6.561
- Tollinton, H. J. (1973). Initial expectations and outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 251–257.
- Torrey, E. F. (1986). *Witchdoctors and Psychiatrists: The Common Roots of Psychotherapy and Its Future*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Tourney, G. (1965). Freud and the Greeks: A study of the influence of classical Greek mythology and philosophy upon the development of Freudian thought. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 1(1), 67–85.
- Tracey, T. J. (1988). Relationship of responsibility attribution congruence to psychotherapy outcome. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 131–146.
- Tracey, T. J., & Dundon, M. (1988). Role anticipation and preferences over the course of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 3–14.
- Tsai, M., Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., & Mirmiran, J. (2014). Forecasting Success: Patients' Expectations for Improvement and Their Relations to Baseline, Process and Outcome Variables in Group Cognitive-Behavioural Therapy for Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2), 97–107. doi:10.1002/cpp.1831
- Velicer, W., Prochaska, J. O., Fava, J., Norman, G., & Redding, C. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216–233.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459–470.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373–399.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors model: a historically situated perspective. In Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.), *The heart*

- and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 49–81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 40* (4), 601–623. doi: 10.1177/0011000011432709
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes the psychotherapy work* (2nd ed.). New York, London: Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S., & Johnson Jennings, M. D. (2006). Insight as a common factor. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy*, 119–139. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes.” *Psychological Bulletin, 122*, 203–215.
- Wampold, B. E., & Serlin, R. C. (2014). Meta-analytic methods to test relative efficacy. *Quality and Quantity, 48*, 755–765. doi: 10.1007/s11135-012-9800-6
- Watsford, C., & Rickwood, D. (2013). Disconfirmed expectations of therapy and young people’s clinical outcome, help-seeking intentions, and mental health service use. *Advances in Mental Health, 12*(1), 75–86.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form*. Ames: The University of Iowa.
- Watson, G. (1940). Areas of Agreement in Psychotherapy. Section Meeting, 1940. *American Journal of Orthopsychiatry, 10*(4), 698–709. doi: 10.1111/j.1939-0025.1940.tb05736.x
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the Behaviorist Views It. *Psychological Review, 20*, 158–177.
- Weems, C. F. (2006). The Anxiety Change Expectancy Scale score shows high internal validity and correlation with validated measures of anxiety, self-esteem, and hopelessness in varied settings. *Evidence - Based Mental Health, 9*, 66. doi:10.1136/ebmh.9.3.66
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(1), 45–69.
- Weinberger, J., & Eig, A. (1999). Expectancies: The ignored common factor in psychotherapy. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 357–382). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S., & Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy, 13*, 359–364.
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindlera, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research, 20*, 423–435.

- Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitivebehavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 363-373.
- Westra, H. A., Aviram, A., Barnes, M., & Angus, L. (2010). Therapy was not what I expected: A preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitivebehavioral therapy. *Psychotherapy Research, 20*, 436-446.
- Westra, H.A., Constantino, M. J., & Aviram, A. (2011). The Impact of Alliance Ruptures on Client Outcome Expectations in Cognitive Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research, 21*(4), 472-481.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorders: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71-83.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: research and Practice, 24*, 190-195.
- Wilson, E. O. (1978). *On Human Nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 267-274. doi: 10.1037//0022-006x.70.2.267
- Wilt, J. (2012). Mediators and Mechanisms of Psychotherapy: Evaluating Criteria for Causality. *Graduate Student Journal of Psychology, 14*, 53-60.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wong, E. C., Beutler, L. E., & Zane, N. W. S. (2007). Using mediators and moderators to test assumptions underlying culturally sensitive therapies: An exploratory example. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(2), 169-177. doi:10.1037/1099-9809.13.2.169
- Woodhead, E. L., Ivan, I. I., Emery, E. E. (2012). An exploratory study of inducing positive expectancies for psychotherapy. *Aging & Mental Health, 16*(2), 162-166. doi: 10.1080/13607863.2011.586623
- Worthington, R. L., & Atkinson, D. R. (1996). Effects of perceived etiology attribution similarity on client ratings of counselor credibility. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 423-429.
- Wozniak, R. H. (1997). Behaviorism. In Bringmann, W.G., Luck, H.E., Miller, R., & Early, C.E. (Eds.). *A Pictorial History of Psychology*. Chicago: Quintessence.
- Yuen, R. K., & Tinsley, H. E. (1981). International and American students' expectancies about counseling. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 66-69.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Munoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, and cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 427-439.
- Ziemelis, A. (1974). Effects of client preference and expectancy upon the initial interview. *Journal of Counseling Psychology, 21*(1), 23-30. doi: 10.1037/h0036067

4. PRILOZI

PRILOG 1.

Tabela 4.1.1. *Parametri interne konzistencije i prosečnih postignuća za primenjene instrumente*

Instrument	Merenje					
	1. N = 117	2. N = 102	3. N = 88	4. N = 65	5 N = 47	6. N = 36
ASES						
<i>Očekivanje ishoda tretmana</i>						
α	.90	.92	.94	.94	-	-
M	76.72	77.14	78.89	83.72	-	-
SD	12.67	13.23	13.94	12.55	-	-
CITC	.27 - .66	.30 - .72	.38 - .79	.33 - .78	-	-
DASS - 21						
<i>Generalna uznemirenost</i>						
α	.92	.92	.93	.93	.94	.96
M	28.23	22.31	19.58	16.06	14.98	14.03
SD	12.30	12.30	10.78	10.78	14.89	13.11
CITC	.37 - .71	.38 - .74	.36 - .75	.35 - .78	.42 - .77	.43 - .89
SIAB PANAS						
<i>Pozitivni afekat</i>						
α	.87	.92	.92	.92	.92	.94
M	30.34	29.18	30.41	32.77	33.55	35.89
SD	6.20	7.64	7.84	8.02	7.65	8.75
CITC	.36 - .71	.53 - .80	.40 - .80	.43 - .79	.34 - .81	.42 - .88
<i>Negativni afekat</i>						
α	.82	.89	.89	.91	.95	.96
M	30.41	27.09	27.57	23.08	20.96	20.64
SD	5.65	7.62	7.72	7.84	8.65	9.10
CITC	.39 - .63	.48 - .75	.49 - .78	.64 - .73	.63 - .88	.69 - .88
SLWS						
<i>Zadovoljstvo životom</i>						
α	.85	-	.86	.85	.84	.89
M	17.66	-	18.92	21.29	22.45	23.35
SD	6.46	-	6.42	6.27	5.83	6.09
CITC	.50 - .75	-	.60 - .82	.54 - .82	.56 - .79	.58 - .90
SGSE						
<i>Generalizovana self-efikasnost</i>						
α	.90	-	.91	.92	.91	.92
M	14.94	-	15.68	18.03	20.87	22.05
SD	6.01	-	6.02	6.08	5.42	5.06
CITC	.50 - .71	-	.58 - .79	.51 - .80	.41 - .78	.63 - .83
PO						
<i>Lični optimizam</i>						
α	.84	-	.88	.84	.79	.90
M	21.82	-	22.58	24.72	25.19	26.44
SD	4.32	-	4.98	4.22	4.11	4.05
CITC	.48 - .63	-	.59 - .76	.49 - .67	.41 - .74	.52 - .82

Napomena: N = veličina uzorka; α = Crombachov koeficijent pouzdanosti; M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; $CITC$ = raspon ostvarenih korigovanih ajtem-total korelacija

Tabela 4.1.2 Koeficijenti Spiermanove produkt-moment korelacije očekivanja ishoda tretmana

Merenje	1.		2.		3.	
	CU	FU	CU	FU	CU	FU
2.	.79 N = 102	.78 N = 36	1.00	1.00		
3.	.71 N = 88	.73 N = 36	.77 N = 88	.81 N = 36	1.00	1.00
4.	.55 N = 65	.51 N = 36	.75 N = 65	.77 N = 36	.82 N = 65	.83 N = 36

Napomena: N = veličina uzorka; CU = celokupni uzorak; FU = finalni uzorak; Svi koeficijenti su značajni na nivou .01

Tabela 4.1.3. Koeficijenti Spiermanove produkt-moment korelacije očekivanja ishoda tretmana i mera generalnih očekivanja

Merenje	Očekivanja ishoda tretmana								
	1.		2.		3.		4.		
	CU	FU	CU	FU	CU	FU	CU	FU	
	N = 117	N = 36	N = 102	N = 36	N = 88	N = 36	N = 65	N = 36	
Lični optimizam	1.	.64**	.67**	.59**	.56**	.58**	.58**	.36*	.27
	3.	.59**	.68**	.66**	.67**	.73**	.76**	.62**	.42*
	4.	.59**	.61**	.67**	.68**	.72**	.79**	.67**	.60**
	5.	.39**	.31	.49**	.51**	.68**	.68**	.64**	.61**
	6.		.38*		.50**		.68**		.63**
	6.	.54**	.52**	.55**	.55**	.43**	.51**	.22	.36*
Generalizovana self-efikasnost	3.	.55**	.59**	.52**	.66**	.60**	.73**	.44**	.55**
	4.	.40**	.36*	.51**	.65**	.51**	.62**	.50**	.63**
	5.	.35*	.28	.58**	.60**	.61**	.57**	.62**	.61**
	6.		.28		.59**		.57**		.64**

Napomena: N = veličina uzorka; CU = celokupni uzorak; FU = finalni uzorak; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

Tabela 4.1.4. Koeficijenti Spearmanove produkt-moment korelacije očekivanja ishoda tretmana i mera ishoda tretmana

Merenje	Očekivanje ishoda tretmana								
	1.		2.		3.		4.		
	CU	FU	CU	FU	CU	FU	CU	FU	
	N = 36		N = 36		N = 36		N = 36		
Ukupna uznemirenost	1.	-.43** N = 117	-.66** N = 36	-.40** N = 102	-.53** N = 36	-.36** N = 88	-.49** N = 36	-.33** N = 65	-.30
	2.	-.42** N = 102	-.48** N = 102	-.49** N = 102	-.52** N = 88	-.41** N = 88	-.51** N = 88	-.63** N = 65	-.52**
	3.	-.55** N = 88	-.67** N = 88	-.54** N = 88	-.68** N = 88	-.68** N = 88	-.79** N = 88	-.69** N = 65	-.58**
	4.	-.42** N = 65	-.42* N = 65	-.40** N = 65	-.43* N = 65	-.62** N = 65	-.73** N = 65	-.70** N = 65	-.69**
	5.	-.268 N = 47	-.31 N = 47	-.36* N = 47	-.43* N = 47	-.57** N = 47	-.61** N = 47	-.71** N = 47	-.67**
	6.		-.32		-.47**		-.63**		-.71**
Pozitivni afekat	1.	.43** N = 117	.43* N = 36	.37** N = 102	.44** N = 36	.30** N = 88	.49** N = 36	.15 N = 65	.30
	2.	.43** N = 102	.48** N = 102	.43** N = 102	.50** N = 88	.34** N = 88	.48** N = 88	.25* N = 65	.38*
	3.	.44** N = 88	.56** N = 88	.39** N = 88	.53** N = 88	.51** N = 88	.63** N = 88	.37** N = 65	.46**
	4.	.35** N = 65	.28 N = 65	.34** N = 65	.28 N = 65	.49** N = 65	.46** N = 65	.47** N = 65	.47**
	5.	.49** N = 47	.48** N = 47	.52** N = 47	.56** N = 47	.67** N = 47	.69** N = 47	.66** N = 47	.69**
	6.		.45**		.57**		.71**		.73**
Negativni afekat	1.	-.41** N = 117	-.46** N = 36	-.46** N = 102	-.54** N = 36	-.42** N = 88	-.49** N = 36	-.39** N = 65	-.46**
	2.	-.38** N = 102	-.46** N = 102	-.54** N = 102	-.56** N = 88	-.43** N = 88	-.52** N = 88	-.56** N = 65	-.51**
	3.	-.45** N = 88	-.45** N = 88	-.52** N = 88	-.56** N = 88	-.58** N = 88	-.62** N = 88	-.62** N = 65	-.51**
	4.	-.36** N = 65	-.42* N = 65	-.46** N = 65	-.41* N = 65	-.53** N = 65	-.46** N = 65	-.61** N = 65	-.49**
	5.	-.26 N = 47	-.28 N = 47	-.35** N = 47	-.38* N = 47	-.52** N = 47	-.49** N = 47	-.59** N = 47	-.56**
	6.		-.27		-.41**		-.55**		-.63**
Zadovoljstvo životom	1.	.29** N = 117	.21	.28** N = 102	.20	.26* N = 88	.21	.08 N = 65	.07
	3.	.29** N = 88	.26	.30** N = 88	.31	.40** N = 88	.41* N = 88	.05 N = 65	.14
	4.	.34** N = 65	.30	.37** N = 65	.41* N = 65	.44** N = 65	.46** N = 65	.29* N = 65	.28
	5.	.18** N = 47	.18	.23** N = 47	.29	.40** N = 47	.38* N = 47	.23** N = 47	.23
	6.		.23		.40*		.48**		.36*

Napomena: N = veličina uzorka; CU = celokupni uzorak; FU = finalni uzorak; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

Tabela 4.1.5. Koeficijenti Spearmanove produkt-moment korelacije ličnog optimizma i mera ishoda tretmana

Merenje	Lični optimizam									
	1.		3.		4.		5.		6.	
	CU	FU N = 36	CU	FU N = 36	CU	FU N = 36	CU	FU N = 36	CU	FU N = 36
Ukupna uznemirenost	1.	-.61** N = 117	-.68**	-.49** N = 102	-.57**	-.50** N = 88	-.51**	-.16 N = 65	-.16	-.14
	2.	-.53** N = 102	-.56**	-.55** N = 102	-.53**	-.59** N = 88	-.60**	-.41** N = 65	-.43**	-.34**
	3.	-.53** N = 88	-.61**	-.68** N = 88	-.74**	-.71** N = 88	-.76**	-.44** N = 65	-.50**	-.52**
	4.	-.23* N = 65	-.20	-.46** N = 65	-.34*	-.52** N = 65	-.44**	-.46** N = 65	-.51**	-.52**
	5.	-.16 N = 47	-.21	-.35* N = 47	-.29	-.48** N = 47	-.46**	-.66** N = 47	-.71**	-.79**
	6.		-.19		-.27		-.44**		-.78**	-.86**
Pozitivni afekat	1.	.57** N = 117	.53**	.50** N = 102	.58**	.45** N = 88	.75**	.40** N = 65	.44**	.30
	2.	.54** N = 102	.57**	.64** N = 102	.66**	.56** N = 88	.65**	.35* N = 65	.45**	.35*
	3.	.41** N = 88	.55**	.65** N = 88	.73**	.62** N = 88	.73**	.47** N = 65	.49**	.47**
	4.	.33** N = 65	.21	.53** N = 65	.43**	.49** N = 65	.59**	.45** N = 65	.46**	.45**
	5.	.30* N = 47	.29	.52** N = 47	.50**	.62** N = 47	.66**	.66** N = 47	.74**	.81**
	6.		.29		.44**		.60**		.82**	.88**
Negativni afekat	1.	-.50** N = 117	-.43**	-.48** N = 102	-.48**	-.40** N = 88	-.50**	-.53** N = 65	-.56**	-.50**
	2.	-.44** N = 102	-.47**	-.45** N = 102	-.46**	-.61** N = 88	-.53**	-.54** N = 65	-.56**	-.48**
	3.	-.42** N = 88	-.50**	-.55** N = 88	-.57**	-.70** N = 88	-.69**	-.60** N = 65	-.58**	-.61**
	4.	-.36** N = 65	-.30	-.48** N = 65	-.36*	-.62** N = 65	-.50**	-.63** N = 65	-.60**	-.58**
	5.	-.23 N = 47	-.24	-.29** N = 47	-.24*	-.40** N = 47	-.39*	-.65** N = 47	-.65**	-.73**
	6.		-.20		-.23**		-.40*		-.74**	-.84**
Zadovoljstvo životom	1.	.52** N = 117	.61**	.53** N = 102	.59**	.36* N = 88	.52**	.23 N = 65	.34*	.12
	3.	.49** N = 88	.60**	.60** N = 88	.69**	.48** N = 88	.71**	.40** N = 65	.54**	.33*
	4.	.48** N = 65	.59**	.58** N = 65	.65**	.60** N = 65	.74**	.54** N = 65	.58**	.37*
	5.	.35* N = 47	.44**	.54** N = 47	.57**	.62** N = 47	.69**	.55** N = 47	.56**	.43**
	6.		.45**		.58**		.72**		.71**	.59**

Napomena: N = veličina uzorka; CU = celokupni uzorak; FU = finalni uzorak; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

Tabela 4.1.6. Koeficijenti Spearmanove produkt-moment korelacije generalizovane self-efikasnosti i mera ishoda tretmana

Merenje		Generalizovana self-efikasnost								
		1.		3.		4.		5.		6.
		CU	FU	CU	FU	CU	FU	CU	FU	FU
		N = 36		N = 36		N = 36		N = 36		N = 36
Ukupna uznemirenost	1.	-.20*	-.48**	-.34**	-.51**	-.37**	-.35*	-.19	-.12	-.10
		N = 117		N = 102		N = 88		N = 65		
	2.	-.30**	-.41*	-.33**	-.47**	-.47**	-.53**	-.44**	-.42**	-.48**
		N = 102		N = 102		N = 88		N = 65		
	3.	-.28**	-.42*	-.48**	-.66**	-.51**	-.59**	-.51**	-.55**	-.53**
		N = 88		N = 88		N = 88		N = 65		
4.	-.01	-.19	-.17**	-.37*	-.35**	-.45**	-.41**	-.44**	-.50**	
	N = 65		N = 65		N = 65		N = 65			
5.	-.01	-.14	-.27*	-.33*	-.39**	-.43**	-.47**	-.49**	-.68**	
	N = 47		N = 47		N = 47		N = 47			
6.		-.20		-.34*		-.44**		-.53**	-.74**	
Pozitivni afekat	1.	.59**	.71**	.56**	.64**	.44**	.62**	.50**	.56**	.49**
		N = 117		N = 102		N = 88		N = 65		
	2.	.50**	.48**	.62**	.63**	.48**	.51**	.46*	.51**	.41*
		N = 102		N = 102		N = 88		N = 65		
	3.	.43**	.49**	.70**	.76**	.58**	.57**	.50**	.51**	.43**
		N = 88		N = 88		N = 88		N = 65		
4.	.29*	.25	.52**	.50**	.56**	.52**	.61**	.56**	.50**	
	N = 65		N = 65		N = 65		N = 65			
5.	.35*	.33	.59**	.58**	.58**	.58**	.71**	.69**	.73**	
	N = 47		N = 47		N = 47		N = 47			
6.		.30		.50**		.55**		.68**	.78**	
Negativni afekat	1.	-.36**	-.31	-.35**	-.35*	-.29*	-.42*	-.40**	-.33	-.42**
		N = 117		N = 102		N = 88		N = 65		
	2.	-.26**	-.21	-.31**	-.34*	-.48**	-.44**	-.44**	-.38*	-.50**
		N = 102		N = 102		N = 88		N = 65		
	3.	-.27**	-.32	-.43**	-.45**	-.58**	-.60**	-.59**	-.57**	-.62**
		N = 88		N = 88		N = 88		N = 65		
4.	-.13	-.17	-.28*	-.26	-.51**	-.48**	-.54**	-.49**	-.59**	
	N = 65		N = 65		N = 65		N = 65			
5.	-.06	-.12	-.25	-.19	-.42**	-.43*	-.51**	-.50**	-.69**	
	N = 47		N = 47		N = 47		N = 47			
6.		-.14		-.22**		-.41*		-.51**	-.75**	
Zadovoljstvo životom	1.	.29**	.35*	.38**	.28	.19	.25	.13	.20	.19
		N = 117		N = 102		N = 88		N = 65		
	3.	.40**	.48**	.53**	.53**	.42**	.55**	.34*	.43**	.39*
		N = 88		N = 88		N = 88		N = 65		
	4.	.35**	.51**	.49**	.54**	.53**	.59**	.45**	.53**	.44**
		N = 65		N = 65		N = 65		N = 65		
5.	.33*	.40**	.45**	.47**	.52**	.55**	.53**	.55**	.48**	
	N = 47		N = 47		N = 47		N = 47			
6.		.42**		.50**		.58**		.60**	.62**	

Napomena: N = veličina uzorka; CU = celokupni uzorak; FU = finalni uzorak; $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

PRILOG 2. Informisana saglasnost

SAGLASNOST ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

Molimo Vas da pažljivo pročitate informacije o ovom istraživanju i da odlučite da li želite da učestvujete u njemu.

Istraživanje se sprovodi sa ciljem da se ustanove i duže vremena prate psihosocijalni činioci koji doprinose uspostavljanju, održavanju i unapređenju mentalnog zdravlja stanovništva, kao i da se prati i evaluira efikasnost savetodavnog rada u Savetovalištu Centra za ratnu traumu, u skladu sa savremenim etičkim i profesionalnim standardima psihološke struke.

Ovim istraživanjem planirano da se ispita efikasnost savetodavnih i psihoterapijskih metoda u rešavanju različitih emocionalnih problema. Od Vas bismo očekivali da, u svrhe praćenja efikasnosti terapijskih metoda i faktora koji mogu da povećaju tu efikasnost, u par navrata tokom savetovanja popunite nekoliko upitnika. Takođe, da bismo mogli da procenimo koliko su trajni efekti savetovanja, zamolili bismo Vas da slične upitnike popunite tri meseca i ponovo godinu dana nakon završetka ovog savetovanja. Popunjavanje upitnika će trajati oko 45 minuta.

Dodatne informacije:

1. Vaše učešće u istraživanju je dobrovoljno i možete iz njega istupiti kad god zaželite nezavisno od nastavka psihološkog savetovanja.
2. U istraživanju nema nikakvih rizika niti negativnih posledica.
3. Vaš identitet će biti kompletno zaštićen jer lični podaci o Vama neće biti nigde spominjani, a Vaši rezultati će biti obrađivani grupno sa rezultatima svih ostalih ispitanika.
4. Vaši lični podaci nam trebaju samo da bismo mogli ponovo da Vas kontaktiramo radi ponovljenih ispitivanja.
5. Vašim učešćem biste značajno doprineli realizaciji ovog velikog istraživanja i pomogli u rešavanju značajnih naučnih pitanja.

IZJAVA SAGLASNOSTI:

Pročitao sam i razumeo date informacije i pristajem na učešće u ovom istraživanju.

a/ Da, pristajem da učestvujem.

b/ Ne, ne pristajem da učestvujem.

POTPIS ISPITANIKA _____ DATUM _____

Broj telefona na koji me možete kontaktirati tri meseca nakon završetka tretmana:

E-mail na koji me možete kontaktirati tri meseca nakon završetka tretmana:

HVALA NA SARADNJI!

PRILOG 3. *Instrumenti korišćeni u istraživanju.*Prilog 3.1. *Lista osnovnih podataka*

Opšte uputstvo

Poštovani,

U svesci koja je pred Vama nalazi se **nekoliko upitnika kojima se ispituje kako se osećate, razmišljate i ponašate** u svakodnevnom životu, posebno u situacijama kada treba da se suočite sa nekim problemom. Na početku svakog upitnika dato je detaljno uputstvo o načinu na koji ćete davati svoje odgovore.

Molimo Vas da pre nego što krenete da popunjavate upitnike date neke osnovne podatke o sebi koji su nam potrebni za dalju obradu:

1. Starost u godinama: _____
2. Pol: **M** **Ž**
3. Završena škola _____
4. Bračno stanje _____
5. Zaposlenje _____
6. Da li ste se do sada nekada obraćali za pomoć

psihologu	DA	NE
psihijatru	DA	NE

Prilog 3.2. *Skala očekivanja promene (ACES; Dozois & Westra, 2005)*

ACES

Uputstvo: Ova skala se sastoji od 20 tvrdnji koje se odnose na Vaša uverenja o rešivosti problema zbog kog ste ovde. Sa njima možete u različitoj meri da se slažete ili ne slažete. Molimo Vas da svaku tvrdnju pažljivo pročitate. Koristeći skalu od 1 do 5 koja je prikazana ispod, zaokruživanjem broja pored svake rečenice, procenite u kojoj meri se **u ovom trenutku** slažete sa svakom od tvrdnji. Molimo Vas da odgovarate iskreno.

Brojevi imaju sledeća značenja:

- 1 – Uopšte se ne slažem
- 2 – Uglavnom se ne slažem
- 3 – Nisam siguran
- 4 – Uglavnom se slažem
- 5 – U potpunosti se slažem

1.	Sumnjam da se moji problemi ikada mogu promeniti nabolje.	1	2	3	4	5
2.	Iako se trudim, izgleda da mi ništa ne pomaže u vezi sa mojim problemom.	1	2	3	4	5
3.	Čini mi se izuzetno teško ili nemoguće da rešim svoj problem sa uznemirenošću.	1	2	3	4	5

4.	Polazilo mi je za rukom da iskontrolišem svoju uznemirenost tako što sam sam sebi govorio nešto pozitivno.	1	2	3	4	5
5.	Moji problemi sa uznemirenošću su suviše teški da bi se umanjili tretmanom.	1	2	3	4	5
6.	Drugima možda i uspe da pomognu sebi u kontrolisanju svoje uznemirenosti, ali to ne pali kod mene.	1	2	3	4	5
7.	Ne verujem da ću se ikada osećati istinski opušteno i bezbrižno.	1	2	3	4	5
8.	Suočavanje sa mojim strahovima mi nikada nije pomoglo da smanjim svoju uznemirenost.	1	2	3	4	5
9.	Kada se nateram da uradim nešto što me plaši, često se ispostavi da to i nije toliko strašno kao što sam mislio.	1	2	3	4	5
10.	Bivao sam ponekad uspešan u smanjivanju svoje uznemirenosti.	1	2	3	4	5
11.	Malo je toga što neko može da uradi a što bi mi pomoglo u rešavanju mojih problema sa uznemirenošću.	1	2	3	4	5
12.	Čak i kad pokušam da govorim sebi pozitivno, to ne pomaže kod moje uznemirenosti.	1	2	3	4	5
13.	Pozitivno razmišljanje mi pomaže da se nosim sa svojom uznemirenošću.	1	2	3	4	5
14.	Ne postoji rešenje za moj problem sa uznemirenošću.	1	2	3	4	5
15.	Optimističan sam u vezi sa tim da moja uznemirenost može da se promeni nabolje.	1	2	3	4	5
16.	Shvatam da mogu da umanjim svoju uznemirenost tako što govorim sebi da se opustim ili tako što koristim vežbe opuštanja.	1	2	3	4	5
17.	Nikada neću biti sposoban da kontrolišem svoju uznemirenost i zabrinutost.	1	2	3	4	5
18.	Verujem da je sasvim moguće da budem opušteniji i manje zabrinut.	1	2	3	4	5
19.	Ako se budem dovoljno trudio, mogu pozitivno uticati na moje probleme sa uznemirenošću.	1	2	3	4	5
20.	Mogu naučiti da kontrolišem neke stvari koje doprinose mojoj uznemirenosti.	1	2	3	4	5

Prilog 3.3. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa – 21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995)

DASS - 21

Molimo Vas da pročitate svaku od navedenih rečenica i zaokružite broj sa desne strane koji najbolje opisuje kako ste se osećali u **poslednjih nedelju dana**. Ne postoji tačan ili netačan odgovor. Nemojte se predugo zadržavati na pojedinim rečenicama.

Skala:

0 = Nimalo, **1** = Pomalo ili ponekad, **2** = U priličnoj meri ili često, **3** = Uglavnom ili skoro uvek

1.	Bilo mi je teško da se smirim.	0	1	2	3
2.	Primetio sam da mi se suše usta.	0	1	2	3
3.	Nisam imao nikakvo lepo osećanje.	0	1	2	3
4.	Imao sam poteškoća sa disanjem (recimo, osetio sam ubrzano disanje, a nisam se fizički zamorio).	0	1	2	3

5.	Primetio sam da mi je teško da ostvarim inicijativu i započnem bilo šta	0	1	2	3
6.	Preterano reagujem u nekim situacijama.	0	1	2	3
7.	Osetio sam da se tresem (npr. tresle su mi se ruke).	0	1	2	3
8.	Primetio sam da koristim dosta “nervozne energije”.	0	1	2	3
9.	Bojao sam se situacija u kojima bih mogao da se uspaničim i napravim budalu od sebe	0	1	2	3
10.	Osećao sam da nemam čemu da se nadam.	0	1	2	3
11.	Primetio sam da se nerviram.	0	1	2	3
12.	Teško mi je da se opustim.	0	1	2	3
13.	Osećao sam se tužno i jadno.	0	1	2	3
14.	Nerviralo me je kada me nešto prekida u onome što radim.	0	1	2	3
15.	Osećao sam da sam blizu panike.	0	1	2	3
16.	Ništa nije moglo da me zainteresuje.	0	1	2	3
17.	Osećao sam se da kao osoba ne vredim mnogo.	0	1	2	3
18.	Bio sam jako osetljiv.	0	1	2	3
19.	Osetio sam rad srca iako se nisam fizički zamorio npr. lupanje srca, ili osećaj da srce “preskače”).	0	1	2	3
20.	Osećao sam se uplašeno bez razloga.	0	1	2	3
21.	Osećao sam da je život besmislen.	0	1	2	3

Prilog 3.4. *Skala zadovoljstva životom (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)*

SWLS

Koristeći skalu od 1 do 7 koja je prikazana ispod, upisivanjem broja na liniju pored svake rečenice, procenite u kojoj meri je svaka od tvrdnji tačna za Vas. Molimo Vas da iskreno odgovarate. Brojevi imaju sledeće značenje: **Brojevi imaju sledeća značenja:**

1	2	3	4	5	6	7
[-----]						
potpuno netačno		delimično tačno			potpuno tačno	

1. Moj život je vrlo blizu onome što smatram idealnim. _____
2. Uslovi života su mi odlični. _____
3. Zadovoljan sam svojim životom. _____
4. Ostvario sam sve važne ciljeve koje sam do sada želeo u životu. _____
5. Kada bih mogao ponovo da živim svoj život, ne bih menjao skoro ništa. _____

Prilog 3.5. *Srpski Inventar Afekta baziran na Positive and Negative Affect Schedule-X (SIAB-PANAS; Novović i Mihić, 2008)*

SIAB - PANAS

Ovaj upitnik se sastoji od reči i fraza koje opisuju različita osećanja kod ljudi. Pročitajte svaku reč pažljivo i na liniju pored nje upišite broj kojim ćete označiti kako se GENERALNO, tj. NAJČEŠĆE OSEĆATE. **Brojevi imaju sledeća značenja :**

- 1 – Nikada ili skoro nikada
- 2 – Retko
- 3 – Povremeno
- 4 – Često
- 5 – Uvek ili skoro uvek

1. Oduševljeno	_____	8. Neprijateljski raspoloženo	_____	15. Nervozno	_____
2. Nesrećno	_____	9. Pun entuzijazma	_____	16. Odlučno	_____
3. Zainteresovano	_____	10. Ponosno	_____	17. Usredsređeno	_____
4. Uznemireno	_____	11. Gnevno	_____	18. Napeto	_____
5. Jakim	_____	12. Budno	_____	19. Aktivno	_____
6. Krivim	_____	13. Postiđeno	_____	20. U strahu	_____
7. Uplašeno	_____	14. Nadahnuto	_____		

Prilog 3.6. *Skala generalizovane self-efikasnosti (SGSE; Schwarzer & Jerusalem, 1995)*

SGSE - 2001

Pred Vama se nalazi **10** rečenica koje se odnose na uverenost u to da se može izaći na kraj sa različitim problemima. Ljudi se međusobno razlikuju po stepenu takve uverenosti. Molimo Vas da svaku rečenicu pažljivo pročitate i razmislite u kojoj meri su one tačne za Vas. Odgovarajte onako kako se osećate ovih dana.

- Za svaku rečenicu imate četiri mogućnosti:**
- 0 - To uopšte nije tačno za mene
 - 1 - To je jedva malo tačno za mene
 - 2 - To je umereno tačno za mene
 - 3 - To je u potpunosti tačno za mene

Odgovor ćete dati tako što ćete pored svake tvrdnje zaokružiti onaj broj koji najtačnije odražava vaše trenutno uverenje:

1. Ja uvek mogu da prebrodim teške probleme samo ako se dovoljno potrudim	0	1	2	3
2. I ako mi se neko suprotstavi, ja mogu da pronađem sredstva i načine da dobijem ono što želim	0	1	2	3
3. Lako mi je da dostignem svoje ciljeve i ostvarim svoje namere	0	1	2	3
4. Siguran sam da mogu uspešno da izađem na kraj sa neočekivanim događajima	0	1	2	3

5. Zahvaljujući mojoj snalažljivosti, ja znam kako da savladam nepredviđene situacije	0	1	2	3
6. Ja mogu rešiti većinu problema ako uložim dovoljno napora	0	1	2	3
7. Mogu ostati pribran kada se susretnem sa poteškoćama, jer znam da mogu da se oslonim na svoje sposobnosti	0	1	2	3
8. Kad se suočim sa problemom, ja obično nađem nekoliko rešenja	0	1	2	3
9. I kada sam u nevolji, ja mogu da razmišljam o rešenju	0	1	2	3
10. Ja obično mogu da izađem na kraj sa svim što mi se nađe na putu	0	1	2	3

Prilog 3.7. *Skala ličnog optimizma (PO; Schewizer & Koch, 2001)*

POSO – E – 8

Uputstvo: Molimo da pažljivo pročitate svaku izjavu. Koristeći skalu opisanu ispod, molimo da za svaku izjavu odaberete broj koji Vas najbolje opisuje i upišete **X** u odgovarajući kružić.

Skala: **1** = potpuno netačno, **2** = uglavnom netačno, **3** = uglavnom tačno, **4** = potpuno tačno

	Mislim da je za mene tvrdnja			
	Potpuno netačna (1)	Uglavnom netačna (2)	Uglavnom tačna (3)	Potpuno tačna (4)
1 Verujem u sopstveni uspeh.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 U budućnost ulazim sa pozitivnim očekivanjima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Radujem se svakom novom danu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Bojim se da mi predstoje teška vremena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Teško da ću u budućnosti postići išta pozitivno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Moja životna radost me ne napušta ni tokom loših dana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Zabrinut sam za svoju budućnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Često sve vidim crno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prilog 4. Sintaksa programa Mplus za kvadriranu moderaciju medijacionog modela

```

VARIABLE: NAMES ARE id y w x m;
USEVAR ARE id y m w x wx z zx wm zm;
CLUSTER IS id;
DEFINE:
wx=w*x;
wm=w*m;
z=w*w;
zx=z*x;
zm=z*m;
ANALYSIS:
TYPE = TWOLEVEL RANDOM;
ESTIMATOR=MLR;
MITERATIONS = 10000;
MODEL:
%WITHIN%
sa | m ON x;
sb | y ON m;
sc | y ON x;
m x y;
%BETWEEN%
sa sb sc m y;
sa WITH sb(cab);
sa WITH sc m y;
sb WITH sc m y;
sc WITH m y;
m WITH y;
[sa](sa); [sb](sb); [sc](sc);
m ON x;
m ON w;
m ON wx;
m ON z;
m ON zx;
y ON x;
y ON w;
y ON wx;
y ON z;
y ON zx;
y ON m;
y ON w;
y ON wm;
y ON z;
y ON zm;
MODEL CONSTRAINT:
NEW(ind);
ind=sa*sb+cab; ! indirect effect
OUTPUT: SAMPSTAT CINTERVAL;
    
```

