

Stavovi psihologa i psihoterapeuta prema praćenju i evaluaciji terapije

Vučković, Anamarija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:298474>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Anamarija Vučković

**Stavovi psihologa i psihoterapeuta prema
praćenju i evaluaciji terapije**

Diplomski rad

Zagreb, 2023



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Anamarija Vučković

**Stav psihologa i psihoterapeuta prema
praćenju i evaluaciji terapije**

Diplomski rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Lovorka Brajković

Sumentor: Dora Korać, mag. psych.

Zagreb, 2023

Zahvala

Posebna hvala mojoj sumentorici i kolegici Dori Korać, mag. psych. na podršci i vodstvu kroz zadnju godinu studija te proces izrade diplomskog rada.

Hvala izv. prof. dr. sc. Lovorki Brajković na pomoći kroz fakultetsko obrazovanje te pomoći oko pisanja diplomskog rada .

Velika hvala mojoj obitelji i prijateljima koji su pratili moj akademski put, te iskazali svoju podršku.

Stavovi psihologa i psihoterapeuta prema praćenju i evaluaciji terapije

Sažetak

Ovim istraživanjem nastojali su se utvrditi stavovi psihologa i psihoterapeuta o praćenju procesa i evaluaciji ishoda savjetovanja i psihoterapije s obzirom na teorijsko usmjerenje odnosno psihoterapijski pravac. Također, nastojalo se utvrditi jesu li profesionalne karakteristike: godine staža u individualnoj psihoterapiji/savjetovanju, broj aktivnih pacijenata ili klijenata, završena edukacija za psihoterapiju i prijašnje iskustvo sa instrumentima za praćenje terapije značajni prediktori stava prema praćenju procesa i evaluaciji ishoda terapije.

Istraživanje je provedeno na 94 psihologa/inja i psihoterapeuta/kinja (12% muškaraca) koji se trenutno bave individualnim savjetovanjem i/ili psihoterapijom u Republici Hrvatskoj. Istraživanje je provedeno *online* upitnikom koji je sadržavao opća sociodemografska pitanja, „Upitnik praćenja procesa terapije“, „Upitnik evaluacije ishoda terapije“ te otvoreno pitanje o prednostima i nedostacima praćenja, evaluacije ishoda i/ili praćenja procesa.

Rezultati su pokazali kako su psiholozi i psihoterapeuti kognitivno-bihevioralnog teorijskog usmjerenja otvoreniji prema korištenju standardiziranih instrumenta u svrhu evaluacije ishoda terapije, u odnosu na psihologe i psihoterapeute geštalt usmjerenja. Nadalje, rezultati pokazuju kako psiholozi i psihoterapeuti s prethodnim iskustvom praćenja te koji su završili edukaciju za psihoterapeuta iskazuju značajno pozitivnije stavove prema evaluaciji ishoda te praćenju procesa. Provedene regresijske analize pokazale su kako profesionalne karakteristike: godine staža u individualnoj psihoterapiji/savjetovanju, broj aktivnih pacijenata ili klijenata, završena edukacija za psihoterapiju i prijašnje iskustvo u praćenju terapije zajedno značajno doprinose objašnjavanju 19.4% varijance stava prema praćenju procesa i 24.6% varijance stava prema evaluaciji ishoda terapije. Pritom, prethodno iskustvo se pokazao kao značajni prediktor s najvećim prognostičkim udjelom. Dobiveni rezultati nude novi okvir za nastavak istraživanja stava prema evaluaciji ishoda i stava prema praćenju procesa terapije u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: psiholozi, psihoterapeuti, evaluacija ishoda, praćenje procesa, profesionalne karakteristike

Abstract

This study aimed to determine attitudes toward process and outcome monitoring among Croatian psychologists and psychotherapists regarding theoretical/psychotherapy orientation. The second aim was to determine whether years of working as an individual counselor/psychotherapist, workload as in a number of active patients or clients, finished psychotherapy education and training, and previous experience with monitoring systems were predictors of attitude towards process and outcome monitoring.

The survey was conducted on 94, 83 female and 11 male, psychologists and psychotherapists who are currently working in individual counseling/psychotherapy in Croatia. Data was collected through an online survey comprising general sociodemographic questions, questions concerning professional characteristics, an Outcome Monitoring Questionnaire, a Process Monitoring Questionnaire, and an open question about the advantages and disadvantages of monitoring therapy.

The results showed that psychologists and psychotherapists significantly differ in their theoretical orientation. Cognitive behavioral psychologists and psychotherapists manifest better attitudes toward outcome monitoring than gestalt psychologists and psychotherapists. What is more, psychologists and psychotherapists with previous experience with monitoring systems and those who completed psychotherapy education expressed more positive attitudes towards process and outcome monitoring. Also, 19.4% of the variance in attitude towards process and 24.6% of the variance in attitude towards outcome monitoring were significantly predicted by a group of professional characteristics: years of working as an individual counselor/psychotherapist, workload as in a number of active patients or clients, finished psychotherapy education and training and previous experience with monitoring systems. Among those characteristics, previous experience with monitoring systems stood out as the only predictor with the largest standardized regression coefficient. Results offer new insights for continuing research on psychologists' and psychotherapists' attitudes toward process and outcome monitoring in Croatia.

Keywords: psychologists, psychotherapists, outcome monitoring, process monitoring, professional characteristics

Sadržaj

| | |
|--|----|
| Uvod | 1 |
| <i>Psihološko savjetovanje i psihoterapija</i> | 3 |
| <i>Psihoterapijski pravci</i> | 3 |
| <i>Prerano napuštanje terapijskog procesa</i> | 4 |
| <i>Povratna informacija u terapiji</i> | 6 |
| <i>Evaluacija ishoda terapije i praćenje procesa terapije</i> | 8 |
| <i>Stavovi prema praćenju i evaluaciji terapije</i> | 11 |
| <i>Stanje u Republici Hrvatskoj</i> | 14 |
| Ciljevi i problemi | 16 |
| <i>Problemi i hipoteze</i> | 16 |
| Metoda | 17 |
| <i>Sudionici</i> | 17 |
| <i>Instrument</i> | 18 |
| <i>Postupak</i> | 20 |
| Rezultati | 20 |
| <i>Stavovi prema praćenju procesa i evaluaciji ishoda terapije</i> | 20 |
| Rasprava | 31 |
| <i>Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja</i> | 35 |
| <i>Praktične implikacije istraživanja</i> | 36 |
| Zaključak | 37 |
| Literatura | 38 |

Uvod

Globalna pandemija bolesti COVID-19 koja je zahvatila svijet, pa tako i Hrvatsku, u prvoj polovici 2020. godine te potresi u Zagrebu i Petrinji rezultirali su povećanim incidencijama stresa, anksioznosti, depresije, zlouporabe psihoaktivnih sredstava te simptoma posttraumatskog stresa (Štimac Grbić, 2022). Socijalno distanciranje i mjere izolacije te trend ubrzanog razvoja tehnologije su promijenili ustaljene socijalne obrasce ljudi. Podiže se zastupljenost online komunikacije putem društvenih mreža i potiče se život u virtualnom svijetu što posljedično produbljuje osjećaj izolacije, a odražava se i na ukupno mentalno zdravlje (Pantić, 2014). Takvi procesi zahtijevaju povećanu brigu o fizičkom i mentalnom zdravlju. Pomoć pri adaptaciji na navedene globalne i lokalne procese, ljudi sve više traže kroz savjetovanje i psihoterapiju, stoga je bitno unaprijediti njihovu efikasnost. Usluge psihološkog savjetovanja i psihoterapije koriste se za nošenje s mentalnim poteškoćama i/ili zaštitu i očuvanje mentalnog zdravlja, a najvećim djelom njihova učinkovitost ovisi o odnosu klijent-terapeut (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022). Jedan od vodećih problema u tom području je prerano napuštanje terapijskog procesa (Swift i Greenberg, 2012). Odlazak klijenata iz terapije prije postizanja optimalne koristi kroz maksimalno iskorištavanje i razvoj osobnih potencijala (Roseborough i sur., 2016) i/ili željenog olakšanja mentalnih tegoba (Swift i sur., 2012) opterećuje zdravstveni sustav tako što uzaludno troši njegove ograničene resurse. S jedne strane problemi mentalnog zdravlja stanovništva su u porastu, a s druge strane dostupnost usluga službi za mentalno zdravlje u Hrvatskoj je ograničeno zbog nedostatka radnika na području mentalnog zdravlja (Vukušić Rukavina, 2022). Nepojavljivanje klijenata ili pacijenata na zakazani termin te prerani odlazak iz terapije ekonomski i administrativno opterećuje zdravstveni sustav i čini ga neučinkovitim (Barrett i sur., 2008; Defife i sur., 2010; Swift i sur., 2012). Osim posljedica na zdravstveni sustav, prerano odustajanje od terapije rezultira i nezadovoljstvom klijenata, terapeuta i opterećuje društvo u cjelini (Swift i sur. 2012). Prema Barrettu i suradnicima (2008) kod terapeuta se javljaju osjećaji frustracije, demoraliziranosti te neuspjeha zbog doživljenog odbijanja od strane klijenata, dok prema Swift i suradnicima (2009) klijenti koji napuste terapijski proces prijevremeno imaju manje povoljan ishod tretmana uzrokovan nedostatkom istoga.

Razlozi i potreba za unaprjeđenje savjetovanja i psihoterapije nisu se pojavili tek sa pojavom pandemije ili potresa, ali su tada došli do izražaja. Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj u seriji reportaža pod nazivom "Zdravlje na prvi pogled: Europa" bavi se ključnim izazovima na području zdravstva i mentalnog zdravlja sa kojima se zemlje Europe suočavaju. U 2018. godini u prosjeku 11% stanovnika EU zemalja imalo je simptome

psihološkog stresa, dok je prevalencija za Hrvatsku bila među višima i kretala se oko 20% (OECD, 2020). Psihološki problemi povezuju se sa višim stopama kroničnih nezaraznih bolesti te generalno lošijim fizičkim zdravljem, a bez adekvatnog tretmana mogu se pogoršati te povećati rizik od suicida (OECD, 2018).

“Mentalno zdravlje osnovna je komponenta socijalne kohezije, produktivnosti, mira i stabilnosti te je važan doprinos socijalnom i ekonomskom razvoju društva” (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022, str. 2). Zaštita i očuvanje mentalnog zdravlja javnozdravstveni je prioritet stoga je potrebno istražiti nove efikasnije načine zbrinjavanja pacijenata i klijenata u terapiji. Kontinuirano praćenje te traženje povratne informacije proširuju naše znanje o postojećim preprekama s kojima se klijenti i pacijenti susreću u terapiji te omogućavaju kreiranje odgovarajućih sustavnih mjera te mjera na individualnoj razini. Stoga, potrebno je istražiti spremnost i mogućnosti stručnjaka na području mentalnog zdravlja da kontinuirano prate i aktivno traže povratnu informaciju klijenta/pacijenata u terapiji.

Psihološko savjetovanje i psihoterapija

Psihološko savjetovanje i psihoterapija slični su procesi koji se bave mentalnim aspektom pojedinca i cilj im je pomoći klijentu ili pacijentu u održavanju ili poboljšanju mentalnog zdravlja. Oba procesa se temelje na uspostavi kvalitetnog, empatičnog i povjerljivog odnosa između klijenta/pacijenta i savjetovatelja/psihoterapeuta koji ga vodi i pomaže mu (Nelson-Jones, 2007). Glavna razlika je dodatna edukacija za psihoterapeuta povrh fakultetske diplome, a koja im omogućava dubinski rad i promjene te korištenje dodatnih intervencija i tehnika. Stoga, savjetovatelji ne mogu obavljati posao psihoterapeuta, ali psihoterapeuti mogu posao savjetovatelja (Nelson-Jones, 2007). Postoji mnogo različitih psihoterapijskih pravaca koji se razlikuju s obzirom na koji aspekt ljudskog funkcioniranja su usredotočeni. U fokusu im može biti kognicija, emocije, ponašanje, prošla sjećanja, tijelo, sadašnje potrebe i mnogi ostali aspekti čovjeka. Najpoznatiji su psihoanaliza, kognitivno-bihevioralna psihoterapija, geštalt psihoterapija, logoterapija, integrativna terapija, realitetna terapija (Nelson-Jones, 2007). Pritom, razlika u učinkovitosti psihoterapijskih pravaca je neznatna (Martin i sur., 2000).

U istraživanjima se često koristi riječ terapija ili terapijski proces koji obuhvaća pojam savjetovanja i psihoterapije neovisno o usmjerenju te se odnosi na jedan ili oba procesa, pritom se terapeut odnosi na savjetovatelja ili psihoterapeuta. Razlog tomu je postojanje općih faktora koji utječu na učinkovitost neovisno je li riječ o savjetovanju ili psihoterapiji, ili određenom psihoterapijskom pravcu (Lambert, 2010). Ti faktori su suradni odnos klijent-terapeut, vjerovanje klijenta i terapeuta u postizanje zadanih ciljeva te aktivna suradnja klijenta (Lambert, 2010).

Psihoterapijski pravci

Teorijska podloga različitih psihoterapijskih pravaca služi kao vodič psiholozima i psihoterapeutima za rad i suradnju s klijentima u rješavanju njihovih problema, razvoju rješenja i pružanja pomoći te opće podrške (APA, 2009). Prema APA-i (2009) psihoterapijski pravci organiziraju se u pet velikih područja: psihoanaliza i psihodinamske terapije, bihevioralna terapija, kognitivna terapija, humanistička terapija te integrativna ili holistička terapija. Veliki broj autora i praktičara upotrebljava izraz kognitivno-bihevioralna terapija koji spaja principe kognitivne i bihevioralne terapije (Hatfield i Ogles, 2004.; Kaiser i sur., 2018; Nelson-Jones, 2007.; Stephenson, 2015). Nadalje, prema Stephensonu (2015) postoje dvije različite struje unutar znanosti o psihoterapiji, a to su: nomološko-naturalističko-znanstveno-empirijsko-kvantitativna struja te idiografska-humanistička-hermeneutička-kvalitativna. Prvoj navedenoj struji pripada kognitivno-bihevioralna terapija, a drugoj nevedenoj geštalt terapija.

Kognitivno-bihevioralna terapija je psihoterapijski pravac koji se usmjerava na povezanost misli i ponašanja te se usredotočuje na prepoznavanje i rad s disfunkcionalnim obrascima mišljenja i ponašanja i usvajanju novih učinkovitijih. Geštalt terapija usmjerava se na povećanje klijentove svjesnosti sebe i okoline, trenutak u kojem se nalazi „sada i ovdje“, te ističe empatiju terapeuta i eksperimente kao važne alate za rad s klijentima (Nelson-Jones, 2007).

Prerano napuštanje terapijskog procesa

Prerano napuštanje terapijskog procesa (eng. *attrition*) predstavlja “prijevremeno” prekidanje terapijskog procesa inicirano od strane klijenta ili pacijenta. Postoji više različitih definicija i operacionalizacija preranog napuštanja terapije koje koriste različite kriterije i stavljaju fokus na različite aspekte odlaska iz terapije kao što su jednostrana odluka klijenta o prekidu terapije, mali broj odrađenih termina, neriješeni problemi (Barrett i sur., 2008; Swift i sur., 2012).

Sama unilateralnost odluke, odnosno odlazak iz terapije neovisno o mišljenju terapeuta, dovoljna je da se napuštanje terapije smatra prijevremenim te da se za navedene klijente ili pacijente koristi termin *drop-outs* (Leichsenring i sur., 2019). Swift i Greenberg (2012) ističu kako se prekid terapije smatra prijevremenim ako klijent odustane od terapije prije razrješenja problema zbog kojih je inicijalno na nju krenuo. Pritom, problem se može odnositi na općenito umanjeno funkcioniranje pojedinca, postojanje određenih ometajućih simptoma ili stresa i drugih tegoba koje pojedinac želi ublažiti. Drugim riječima, klijent odlazi prije nego što je postigao značajan napredak i/ili postavljene terapeutske ciljeve te ju optimalno iskoristio (Hatchett i Park, 2003; Swift i sur. 2012). Nadalje, klijenti i terapeuti nemaju nužno ista očekivanja niti razloge odlaska sa terapije pa je važno usporediti obje perspektive. Klijenti mogu prekinuti terapiju ako smatraju da su postigli dovoljan napredak, dok terapeuti taj napredak mogu označiti klinički neznčajnim i smatrati ga prijevremenim jer nisu zadovoljili određene objektivne kriterije (Todd i sur., 2003). Istraživanje razloga prijevremenog napuštanja terapije, koje su proveli Todd i suradnici (2003), uključuje perspektivu klijenta i terapeuta i omogućuje njihovu usporedbu. Pronađeno je umjereno sveobuhvatno slaganje, a razlozi oko kojih su se najviše slagali su objektivne prirode: *klijentova okolina* (41%) i *terapeutova okolina* (19%), dok je najmanje slaganje bilo oko razloga subjektivnije prirode: *poboljšanje* (12%) i *negativni razlozi klijenata*, pri čemu su terapeuti više procjenjivali *poboljšanje* kao razlog odlaska, a klijenti *klijentovu okolinu*. *Klijentova okolina* uključivala je razloge poput preseljenja, financijske nemogućnosti, pomanjkanja vremena, spontanog poboljšanja neovisno o terapiji, problema s prijevozom, bolesti, nepokrivenost zdravstvenim osiguranjem te

utjecajem drugih čimbenika. *Terapeutova okolina* uključivala je razloge kao što su preseljenje terapeuta, napuštanje agencije ili programa. *Poboljšanje* se odnosilo samo na ono uzrokovano odlaskom na terapiju. *Negativni razlozi klijenta* obuhvaćali su nezadovoljstvo klijenta s terapijom i terapeutom te izbjegavanje i nemotiviranost klijenta.

Prijevremeni odlazak može biti određen brojem odrađenih termina ili trajanjem perioda aktivnog pohađanja terapije, koji je varijabilan i ovisi o autoru istraživanja (Barrett i sur., 2009). Mnoga istraživanja bavila su se određivanjem te brojke, odnosno proučavanjem kolika je količina psihoterapije potrebna da bi ona bila učinkovita (Howard i sur., 1986; Maling i sur., 1995; Stulz i sur., 2013). Pregledni rad Hansena i suradnika (2006) pronalazi da većina istraživanja, za točku razlikovanja učinkovitosti, uzima onaj broj dolazaka potrebnih da kod 50% sudionika u studiji dođe do umanjenja simptoma odnosno značajnog poboljšanja stanja. Pronašli su i općeniti konsenzus da je za pozitivan odgovor polovine klijenata na tretman, u najširem spektru, potrebno između 10 i 20 termina. Sukladno navedenom, svako prekidanje prije 10 odrađenih termina moglo bi se smatrati prijevremenim. Širi okvir postavljaju Longo i suradnici (1992) te Hatchett i Park (2003) koji prijevremenim odlaskom sa terapije smatraju odustajanje klijenta već nakon prvog, uvodnog, odrađenog termina. Nadalje, Frayn (1992) prijevremenim odlaskom smatra odustajanje unutar prvih 9 mjeseci terapije. Iako većina znanstveno utemeljenih protokola pod aktivnim odlaskom na terapiju podrazumijeva odlazak na terapiju jednom tjedno, u praksi to učestalo nije moguće zbog lista čekanja na termin, godišnjih i bolovanja te drugih praktičnih razloga (Tiemens i sur., 2019). Posljedično, izražavanje mjere učinkovitosti terapije kroz vremenski rok, odnosno trajanje perioda aktivnog sudjelovanja u terapiji, često je nejasno i nedovoljno određeno količine terapije ukoliko se nigdje u istraživanju ne odredi odnosno napomene frekvencija tretmana tokom tog perioda. Drugim riječima, doza terapije koju su zaprimili klijenti koji u istom periodu odlaze jednom tjedno ili jednom mjesečno nisu iste, stoga se uz vremensku mjeru u novijim istraživanjima većinom napominje i broj tretmana koji period uključuje.

Određivanje potrebne količine terapije složen je problem i zbog količine čimbenika koji određuju njegovu uspješnost i razlikuju se od osobe do osobe. Različite vrste terapije, razlog dolaska u terapiju, postojanje i izraženost simptoma, prošla iskustva, individualni kapacitet za introspekciju, motivacija, podrška okoline, karakteristike terapeuta samo su neki od faktora koji se uzimaju pri procjeni (Frayn, 1992). APA-ine (2017) kliničke praktične smjernice za PTSP navode kako duljina terapije za razne psihološke probleme varira te ovisi o pojedincu. Prema smjericama tip i trajanje terapije određeni su vrstom i intenzitetom problema. Kronični problemi u pravilu zahtijevaju više termina od akutnih. Nadalje, duljina terapije varira shodno

vrsti terapije. Kognitivno bihevioralna terapija obično je usmjerena na specifičan problem te je kraćeg trajanja od ostalih vrsti psihoterapije koje se bave širim spektrom problema (APA, 2017). Vodeći se istraživanjima na području potrebne količine terapije dane su 4 različite preporuke: 15 do 20 termina, 12 do 16 termina na tjednoj bazi, 20 do 30 termina kroz 6 mjeseci te 12 do 18 mjeseci terapije (APA, 2017).

Osim broja odrađenih termina ili trajanja perioda pohađanja terapije, za određivanje prijevremenog napuštanja terapije koristi se i broj propuštenih termina. Hatchett i suradnici (2002) prerano napuštanje savjetovanja definiraju jednim, zadnje dogovorenim, propuštenim terminom, Kolb i suradnici (1985) sa dva uzastopno propuštena termina, a Gallefoss i suradnici (2022) sa tri uzastopno propuštena termina. Swift i Greenberg (2012) napuštanje definiraju propuštanjem zakazanog termina bez zakazivanja novog. Neujednačenost shvaćanja i definiranja preuranjenog odlaska je metodološki problematično za provođenje istraživanja na tu temu te se odražava na rezultate istraživanja (Barrett i sur., 2008). Primjerice, opća razina *dropout*-a odnosno sudionika koji su prijevremeno odustali od terapije u meta-analizi Wierzbicki i Pekarika (1993, prema Barrett i sur., 2005) iznosi 47%, ali ako se *dropout* shvati kao nepojavljivanje na zakazani termin ona iznosi 36%. Štoviše, razina *dropout*-a u meta-analizi Wierzbicki i Pekarika (1993, prema Barrett i sur., 2005) iznosi 48% kada *dropout* označava terapeutovu procjenu prijevremenog ili broj odrađenih termina prije završetka terapije. Neovisno koju definiciju prijevremenog odlaska iz terapije koristili, riječ je o visokom postotku *dropout*-a. Prema novijoj meta-analizi Swifta i Greenberga (2012) postotak *dropout*-a iznosi 20%. Iako broj preranih odlazaka ima tendenciju smanjivanja, ono je i dalje aktivan problem koji ima široki spektar posljedica za pojedinačne sudionike, terapeute i klijente, te službe koje pružaju usluge vezane za mentalno zdravlje i ukupni zdravstveni sustav.

Povratna informacija u terapiji

Howard i suradnici (1996, prema Lambert i sur., 2001; Kaiser i sur., 2018; Smits i sur., 2014) smatraju se predvodnicima u korištenju povratne informacije klijenata i pacijenata u istraživanju terapijskog procesa. Njihov rad iz 1996. godine (Kaiser i sur., 2018) se uzima kao poticaj za kasniji razvoj različitih metoda praćenja terapijskog procesa, točnije razvoj i korištenje upitnika za dobivanje povratne informacije klijenata i pacijenata u terapiji. Istraživanja u sklopu ove istraživačke tradicije uključivala su višestruko uzimanje povratne informacije klijenata, odnosno uzimanje povratne informacije klijenta u više različitih navrata kroz terapijski proces. Takvo dobivanje povratne informacije omogućilo je nadzor i evaluaciju tijekom terapijskog procesa na individualnoj razini te usporedbu različitih terapijskih procesa više

pojedinaca (Smits i sur., 2014). Na individualnoj razini, povratne informacije pomažu terapeutima da nastave ili promjene trenutni tok terapije i poboljšaju njen ishod te tako podignu kvalitetu terapije (Lambert i sur., 2001; Rye i sur., 2019; Smits i sur., 2014). Na općoj razini, usporedbom dobivenih povratnih informacija moguće je procijeniti, usporediti i poboljšati razinu terapijske usluge ili se njima možemo poslužiti i u istraživačke svrhe (Smits i sur. 2014). Od doba pionirskih radova Howarda i suradnika (1996) razvijeno je mnogo različitih instrumenata za dobivanje povratnih informacija i praćenje terapijskog procesa (eng. *monitoring*). Usprkos njihovoj međusobnoj neujednačenosti, primjerice u frekvenciji ispunjavanja i sadržaju, smatraju se ključnim mehanizmom promjene na obje navedene razine (Lambert, 2010; Smits i sur., 2014).

Naglasak današnjih istraživanja se promijenio. S obzirom da se terapija, neovisno o vrsti, ili terapijskom pravcu, općenito smatra učinkovitom naspram ne odlaska na terapiju, jer su elementi terapije koji se smatraju najučinkovitijima zajednički svim vrstama i oblicima terapije (Lambert, 2010), novi prioritet postaje otkrivanje kako kroz individualizaciju tretmana povećati tu učinkovitost (Lambert i sur., 2001).

Hannan i suradnici (2005) ističu važnost objektivne povratne informacije. Za razliku od mnogih različitih područja medicine koja koriste laboratorijske testove za dijagnozu i praćenje pacijenata, područje mentalnog zdravlja ovisi pretežito o subjektivnoj procjeni terapeuta koja se uvelike temelji na terapeutovoj intuiciji i prethodnom iskustvu (Hannan i sur., 2005). Subjektivna procjena terapeuta manjkava je i njihova predviđanja vezana za ishod terapije pretjerano optimistična. Terapeuti imaju tendenciju precijeniti pozitivan ishod terapije i poboljšanje klijenata. Štoviše, usporedba terapeutovih predviđanja i stvarnog ishoda terapije ukazala je da terapeuti, čak i kada su upoznati s osnovnom stopom pogoršanja klijenta u terapiji, podcjenjuju broj klijenata kod kojih dolazi do pogoršanja tokom terapije (Hannan i sur., 2005). Nadalje, u istraživanju Todda i suradnika (2002), koje se bavilo razlozima prijevremenog odlaska klijenata iz terapije, usporedbom odgovora koje su davali terapeuti i klijenti pronađeno je da terapeuti precjenjuju *poboljšanje* kao razlog odlaska, dok klijenti kao razlog većinom navode *klijentova okolina* (nedostatak vremena i financija, preseljenje i slično).

Ipak, savjetovatelji i psihoterapeuti učestalo koriste neformalne metode praćenja terapije, te mijenjaju pristup terapiji uzimajući u obzir karakteristike klijenta, teorijska saznanja te vlastite pretpostavke o tome je li odgovor klijenta na tretman pozitivan ili negativan. (Hannan i sur., 2005). Uzevši u obzir problem preranog odlaska klijenata/pacijenata iz terapije, pristranost terapeuta i precjenjivanje uspješnosti terapije potrebno je baviti se preprekama koje sprječavaju terapeute da koriste objektivne mjere za praćenje procesa i ishoda terapije. Tome u

prilog ide i usporedba predviđanja loših terapijskih ishoda klijenata temeljenih na empirijskim podacima, odnosno rezultatima upitnika, te terapeutovih predviđanja. Predviđanja temeljem upitnika identificiraju više klijenata koji će potencijalno loše odgovoriti na tretman nego terapeuti. Od ukupno 26 klijenata kod kojih je došlo do pogoršanja, odnosno loše su odgovorili na tretman, temeljem rezultata upitnika uspješno je identificirano njih 20 (77%), dok temeljem terapeutove procjene je identificirano 5 (19%) (Hannan i sur., 2005). Takvi rezultati potkrepljuju potrebu za uvođenjem empirijski zasnovanih metoda praćenja klijenata u terapiji kao nadopunu i pomoć u prepoznavanju klijenata koji su loše odgovorili na tretman te donošenju odluka o toku terapije, provođenju intervencija i sprječavanje prijevremenog odlaska (Hannan i sur., 2005).

Primjena upitnika na početku, tokom i na kraju terapijskog procesa omogućava dobivanje detaljnije povratne informacije o reakciji klijenta/pacijenta na tretman. Primjerice, Lambert i suradnici (2001) koristili su se rezultatima upitnika dobivenim pri zaprimanju pacijenata te podacima o centru koji su izabrali za liječenje. Pritom, centri se razlikuju po tome koje populacije se kod njih tipično prijavljuju, odnosno koje su dijagnoze i razlozi prijave u određenom centru najzastupljeniji. Temeljem tih podataka, o funkcioniranju pojedinaca prethodno terapiji, formirali su očekivane krivulje oporavka te odredili granicu, rezultat koji označava klinički značajnu promjenu. Uspoređivanjem krivulje kohorte i pojedinačne krivulje pacijenta sa sličnim ulaznim rezultatima, moguće je identificirati one pacijente koji značajno sporije odgovaraju na tretman i koji će vjerojatnije imati loš ishod terapije i prijevremeno odustati (Lambert i sur., 2001). Dodatno, najveći skok u oporavku događa se u početnoj fazi terapije, a pacijent koji pokaže pogoršanje ili nedovoljnu razinu oporavka u prvoj fazi obično ne pokaže poboljšanje niti kasnije kroz terapijski proces. Pacijenti koji su u najvećoj mjeri bili izloženi terapiji na samom početku pokazuju brži oporavak i ozdravljenje. Njih 25% više pokazuje poboljšanje, a 20% više pokazuje ozdravljenje od pacijenata s manje odrađenih termina u prvih nekoliko mjeseci (Tiemens i sur., 2019). Stoga, identificiranje potencijalno „problematičnih“ pacijenta na samom početku terapije terapeutu služi kao upozorenje i otvara mogućnost pravodobne intervencije, kao što je povećanje učestalosti termina, te sprječavanje kroničnog tijeka bolesti.

Kontinuirana povratna informacija dokazano utječe na ishod terapije (Reese i sur., 2009). Prema istraživanju Reesa i suradnika (2009) klijenti koji su redovito ispunjavali (PCOMS) upitnike za praćenje na početku i kraju svakog termina terapije, naspram klijenata koji su upitnike ispunili samo na početku i kraju terapijskog ciklusa ili na svakom terminu ali čijim podacima terapeuti nisu imali pristup, pokazali su značajan, i veći terapijski pomak u jednak

broj odrađenih termina i optimističnije su gledali na savez terapeut-klijent. Drugim riječima klijenti s kojima su terapeuti radili po PCOMS protokolu, te su pripadali grupi koja je redovito zapimala povratnu informaciju, iskazivali su veći osjećaj generalne dobrobiti, te bolje se procjenjivali s obzirom na bliske odnose, posao i slično. Također, razlika u količini klijenata koji su pokazali značajno poboljšanje s obzirom na to jesu li ih terapeuti pratili i koristili podatke dobivene pomoću instrumenata za praćenje terapije ili nisu, je značajna. Njih 80% u studentskom savjetovalištu, odnosno oko 67% klijenata u lokalnoj klinici, čiji terapeuti su dobivali povratnu informaciju, je pokazalo značajno poboljšanje, naspram 54.2% u savjetovalištu te 41.4% klijenata u lokalnoj klinici koji nisu postigli značajno poboljšanje (Reese i sur., 2009).

Evaluacija ishoda terapije (outcome monitoring) i Praćenje terapijskog procesa (process monitoring)

Istraživanja u području psihoterapije su općenito podijeljena na istraživanja ishoda ili istraživanja procesa (Gelo i sur., 2015). Istraživanja ishoda analiziraju rezultate terapije i odgovaraju na pitanje „Djeluje li terapija?“ dok se procesna istraživanja bave različitim aspektima terapijskog procesa koji se mogu mjeriti tokom trajanja terapije, a odgovaraju na pitanje „Na koji način terapija djeluje?“. (Hardy i Llewelyn, 2001). Neovisno o terapijskom ishodu koja se većinski procjenjuje na zakazanom terminu, možemo pratiti promjenu koja se događa unutar i između klijenta i terapeuta između termina terapije (Hardy i Llewelyn, 2001).

Četiri su glavna cilja praćenja terapijskog procesa (*process monitoring*). Primarno, praćenje terapijskog procesa provodi se u svrhu identificiranja elemenata i mehanizama psihoterapije koji aktivno pridonose promjeni klijenta ili pacijenta (Hardy i Llewelyn, 2001; Kazdin, 2009; Kopta i sur., 1999). Razumijevanje tih mehanizama omogućilo bi veću kontrolu nad terapijskim procesom i ishodom i olakšalo pravovremeno provođenje intervencija (Kopta i sur., 1999). Drugi cilj je poboljšati kvalitetu terapije kroz otkrivanje najučinkovitijih elemenata i stavljanjem naglaska na njihovu iskoristivost u terapiji. Treći cilj je razvitak teorijske podloge koja bi pružila temelje praktičnom terapijskom radu. Teoretske smjernice oblikovane empirijskim nalazima, metodama koje su se u prošlosti pokazale učinkovitima, mogu poslužiti kao predložak za odabir budućih intervencija u terapiji. Četvrti cilj nadovezuje se na sva tri prethodna, a usmjeren je na razvitak učinkovite edukacije temeljene na saznanjima koji su to mehanizmi koji općenito pridonose poboljšanju klijenta, kako ih primijeniti u praksi te kako odabrati najbolji s obzirom na pojedinačnog klijenta. Drugim riječima, svrha praćenja terapijskog procesa je osposobiti buduće terapeute i supervizore za prepoznavanje i odabir

najučinkovitijih intervencija koji će posljedično rezultirati pozitivnim terapijskim ishodom, klinički značajnim poboljšanjem ili ozdravljenjem klijenta odnosno pacijenta te podignuti kvalitetu terapijskog procesa općenito (Hardy i Llewelyn, 2001).

Istraživanja terapijskog procesa mogu biti usmjerena na karakteristike i percepciju terapeuta ili klijenta te karakteristike njihova odnosa i okolinske čimbenike koje facilitiraju promjenu kod klijenta. Iako su to kategorije koje se najčešće istražuju mnoga istraživanja ne koriste iste instrumente što posljedično otežava usporedbu nalaza različitih istraživanja (Hard i Llewelyn, 2001). Danas, praćenje terapijskog procesa (*process monitoring*) uvelike je olakšano razvojem tehnologije. Rasprostranjenost mobitela i dostupnost internetske usluge omogućavaju praćenje klijenata i pacijenata između termina. Korištenje mobilnih aplikacija i online upitnika olakšava prikupljanje povratne informacije klijenta na dnevnoj bazi ili čak više puta dnevno te generiranje valjanog skupa podataka za obradu. Ti podaci služe terapeutu da planira intervenciju prije idućeg termina u slučaju primijećenog pogoršanja kod klijenta, odnosno pravovremenu reakciju i spriječavanje negativnih ishoda terapije. Također, služe i za povratnu informaciju klijentu o napretku (Kaiser i sur. 2018).

Istraživanja ishoda terapije (*outcome monitoring*) su sistematska kvantitativna istraživanja usredotočena na ishod terapijskog procesa (Gold, 2015). Istraživanja ishoda terapije usredotočena su na uspjeh tretmana i proučavaju je li došlo do smanjenja simptoma, kakva je kvaliteta uspostavljenog saveza između klijenta i terapeuta te razina motivacije za tretmanom (Kaiser i sur., 2018). Pritom se koriste objektivni kriteriji za procjenu navedenih aspekata, odnosno objektivne, pouzdane i valjane mjere ishoda (Gold, 2015). Uporaba takvih instrumenata omogućava uspostavu norme za određenu dijagnostičku populaciju te usporedbu tijekom terapije pojedinačnog klijenta s tom normom. Zahvaljujući tim podacima terapeut može odrediti da li klijent u terapiji napreduje „po planu“ (Kaiser i sur., 2018).

Neki od najpoznatijih sustava koji omogućavaju visoko-frekventno praćenje terapijskog procesa klijenata i evaluaciju ishoda su „Partners for Change Outcome Management System [PCOMS]“ (Duncan 2012, prema Kaiser i sur. 2018), „Synergetic Navigation System [SNS]“ (Schiepek i Strunk, 2010, prema Kaiser i sur., 2018) i „DynAMo“ (Kaiser i Laireiter, 2017, prema Kaiser i sur., 2018). Navedeni softveri omogućavaju slanje upitnika klijentima na tjednoj, ako je riječ o evaluaciji ishoda terapije, ili na dnevnoj bazi ako želimo informaciju o procesima koji se događaju između termina terapije. Također, softveri omogućavaju automatizirano slanje upitnika klijentima, u zadanom intervalu, a mogu uključivati i podsjetnike putem SMS-a ili e-maila o dostupnosti upitnika za rješavanje (Kaiser i sur., 2018). Sustavi uključuju određene statističke analize, grafički prikaz dobivenih podataka te koriste različite

boje kako bi terapeutu olakšali praćenje klijentovih odgovora te uočavanje pogoršanja (Kaiser i Laireiter, 2018; Schiepek i sur., 2016). Uz mehanizme upozoravanja na pacijente koji ne odgovaraju na tretman, terapeutima se pružaju i smjernice za daljnje postupanje (Barret i sur., 2008).

Upitnici koji se prema Kaiseru i suradnicima (2018) najčešće koriste za evaluaciju ishoda terapije su OQ-45 (Outcome Questionnaire), CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure), te dvije kratke mjere ORS (Outcome Rating Scale) i SRS (Session Rating Scale) kojima se koristi sustav PCOMS. Što se tiče praćenja procesa, učestalo korišteni upitnici su TBP (Therapy Process Questionnaire) koji se koristi u sustavu SNS (Kaiser i sur., 2018) te personalizirani upitnik sastavljen od pitanja specifično vezanih za područja života pojedinca, točnije klijentu u terapiji, i njemu bitne psihosocijalne varijable (Schiepek i sur., 2016). Upitnici za praćenje procesa razlikuju se od upitnika za evaluaciju ishoda po tome što su usredotočeni na sistematsko praćenje emocija, kognicija i ponašanja pojedinca, pomažu mu razumjeti vlastite obrasce i razviti metakogniciju i obuhvaćaju ga u njegovoj cijelosti s naglaskom na njegovu individualnost i iskustvo (Schiepek i sur., 2016; 2019). Također, upitnici evaluacije ishoda obuhvaćaju dulje periode u procjeni i fokus im je obično na specifičnu komponentu terapije kao što su izraženost simptomatologije, uspješnost intervencije, kvaliteta saveza klijent-terapeut (Schiepek i sur., 2019).

Stavovi o praćenju i evaluaciji terapije

Prema teoriji planiranog ponašanja, stav, subjektivne norme i percipirana kontrola determiniraju namjeru ponašanja koja prethodi stvarnoj promjeni ponašanja (Ajzen, 2020). Vjerojatnije je da će redovito praćenje provoditi pojedinac koji ima pozitivan stav prema praćenju, smatra da ima resurse za njegovo provođenje i uvjerenja je da su njegovi kolege i institucija pozitivnog stava i većinski i sami provode praćenje. Kako bi integracija u sustav bila uspješna moraju se savladati određene prepreke subjektivne (stav) i objektivne prirode (novac, vrijeme, vještine) (Kaiser i sur., 2018; Reese i sur., 2009; Rye i sur., 2019; Smits i sur. 2014; Trauer i sur., 2006). Pritom, ključan je subjektivni doživljaj pojedinca i njegova percepcija izvedivosti samog ponašanja (Ajzen, 2020).

Dodatno, usprkos mnogobrojnim argumentima za uvođenje praćenja i evaluacije terapije, potrebno je biti oprezan sa nametanjem njihove provedbe. Naknadna analiza prikupljenih podataka, u istraživanju Waltera i suradnika (1998, prema Smits i sur., 2014), pokazala je nižu kvalitetu prikupljenih podataka kliničara koji su imali negativan stav prema praćenju terapije. Slično, Trauer i suradnici (2009) u svom istraživanju su pronašli kako osoblje od kojeg se najmanje očekuje i zahtjeva praćenje ishoda smatraju praćenje veoma korisnim, dok osoblje od

kojeg se najviše zahtjeva da prate ishod percipiraju ga uglavnom beskorisnim. Shodno tome, kliničari koju su već opterećeni količinom posla i ne prepoznaju vrijednost praćenja ishoda mogli bi ga površno provoditi i time narušiti kvalitetu podataka. Iako postoje male naknade za prekovremene sate uzrokovane dodatnim poslom praćenja, zbog posljedica koje ti podaci i (ne)odgovorno prikupljanje imaju na sve sudionike i sustav mentalnog zdravlja, te bi naknade trebale biti veće (Trauer i sur., 2009). Nadalje, jedna od briga psihologa je psihometrijsko svojstvo instrumenata korištenih za praćenje ishoda (Kaiser i sur., 2018; Trauer i sur., 2009;). Ipak, prema istraživanjima, psihometrijsko svojstvo testa nije upitno jer instrumenti imaju prihvatljivu razinu pouzdanosti, već je upitan način prikupljanja podataka te edukacije i treninga kliničara zaduženih za njihovu pravilnu primjenu (Lambert, 2010; Trauer i sur., 2006). Korist od dobivenih podataka imaju kliničari koji, uz znanje o pravilnoj primjeni, imaju i povjerenje u korištene instrumente, njihovu valjanost, vjerodostojnost i korisnost, te su spremni raditi na sebi i poboljšavati se, dok kliničari koji nemaju povjerenje u dobivenu povratnu informaciju će vjerojatnije postupiti sukladno vlastitom nahođenju (Lambert, 2010), koje je učestalo manjkavo (Hannan i sur., 2005). Mnogi kliničari su podvojenog mišljenja, sumnjičavi ili imaju negativan stav prema praćenju terapijskog procesa (Smits i sur., 2014). Prema postojećoj literaturi, terapeuti identificiraju više negativnih razloga protiv implementacije standardiziranih mjera za redovitu evaluaciju ishoda terapije (Ogles i Hatfield, 2004; Kiser i sur., 2018). Najčešći su: povećani administrativni i vremenski obujam posla, opterećenje za pacijenta/klijenta i negativan utjecaj na terapiju, posebice terapijski savez (Kiser i sur., 2018; Ogles i Hatfield, 2004). Rye i suradnici (2019) navode kako standardizirane mjere praćenja ishoda terapeuti manje koriste zbog percipiranih ograničenja korištenja i osjećaja da se korištenjem mjera zapravo njih prati. Najčešći pozitivni razlozi su: kontrola terapijskog procesa i vidljivost promjene u slučaju poboljšanja ili pogoršanja, poboljšana samo-refleksija pacijenata, povratna informacija o procesima između termina i pomoć pri odluci o promjeni toka terapije (Kiser i sur., 2018; Ogles i Hatfield, 2004). Skloniji su korištenju ukoliko ih smatraju privlačnim za korištenje, korisnima za dobivanje povratne informacije, zadržavanje trenutnog ili dobivanje novog posla te ako postoji obveza korištenja i organizacijska potpora (Rye i sur., 2019).

Prethodna istraživanja na temu praćenja terapije pokazuju kako je praksa praćenja ishoda terapije (*outcome monitoring*) i korištenja mjera u tu svrhu na tjednoj bazi, je dulja nego praksa praćenja procesa terapije (*process monitoring*) koji je zaživio u terapijskoj praksi razvojem aplikacija koje omogućuju dnevno praćenje pacijenata i klijenata (Kaiser i sur., 2018), pogotovo onih koji nisu institucionalizirani te kojima terapeut nema omogućen dnevni pristup (Schiepek,

2019). Slično, istraživanje Kaiser i suradnika (2018) iskazuje kako je stav kliničara prema praćenju procesa terapije negativniji u usporedbi sa stavom kliničara prema evaluaciji ishoda terapije. Važnost stava o redovitom praćenju procesa i ishoda ogleda se u činjenici da opći stav kliničara prema redovitom praćenju terapije utječe na korištenje standardiziranih mjera u praksi u svrhu planiranja tretmana, praćenja toka terapije i evaluacije ishoda te ga je potrebno uzeti u obzir pri planiranju uvođenja/implementacije redovitog praćenja u terapijsku praksu (Rye i sur., 2019). Štoviše, obveza korištenja, privlačnost korištenja, postojeća ograničenja, pogodnost za korištenje, osjećaj praćenja, teret, sigurnost posla, organizacijska potpora i povratna informacija, komponente su stava prema praćenju terapije i svaka od njih zasebno utječe na korištenje mjera u praksi (Rye i sur., 2019). Terapeuti koji mjere smatraju pogodnim za praćenje, odnosno da se praksa praćenja uklapa u njihov pristup, smiju prilagoditi proces praćenja kako im odgovara te znaju da klijenti to sami žele, manje koriste mjere praćenja. Također, terapeuti kojima je redovito praćenje opterećenje, zbog dodatne papirologije, neznanja kako uklopiti praćenje u praksu i nemaju vremena učiti nešto novo, više koriste mjere praćenja. Rye i suradnici (2019) nude moguća objašnjenja. Zbog povećane autonomije kliničari koji ne percipiraju da postoji stvarna potreba za praćenjem neće koristiti instrumente, a kliničarima koji su veoma zauzeti korištenje mjera pomaže u planiranju i organizaciji. Mehanizme u pozadini potrebno je zasebno ispitati (Rye i sur., 2019) i istovremeno, ti neočekivani rezultati naglašavaju značaj subjektivnog doživljaja terapeuta u procesu praćenja.

Dob i spol neke su od odrednica stava prema evaluaciji ishoda, pri čemu su žene i mlađi kliničari skloniji korištenju spomenutih mjera (Rye i sur., 2019). Suprotno nalazima na američkoj populaciji, nalazi Smitsa i suradnika (2014) te Kaisera i suradnika (2018) pokazuju kako se stav prema evaluaciji ishoda ne razlikuje između muškaraca i žena te starijih i mlađih terapeuta u europskim zemljama. Što se tiče stava prema praćenju procesa terapije, pronađen je značajan interakcijski efekt spola i prethodnog iskustva s praćenjem procesa, odnosno muški kliničari s prethodnim iskustvom praćenja procesa terapije imaju pozitivniji stav prema praćenju procesa od ženskih kliničara i muških bez prethodnog iskustva (Kaiser i sur., 2018). Nadalje, terapeuti s edukacijom za psihoterapeuta općenito iskazuju pozitivnije stavove prema evaluaciji ishoda naspram onih bez tog iskustva (Smits i sur., 2014). Pritom, kognitivno-bihevioralni psihoterapeuti iskazuju pozitivniji stav prema praćenju terapije, odnosno evaluaciji ishoda i više koriste pripadajuće instrumente, od psihoterapeuta humanističkog i egzistencijalnog usmjerenja (Ogles i Hatfield, 2004; Kaiser i sur., 2018).

Iskustvo terapeuta je bitna odrednica/prediktor praćenja ishoda terapije (Rye i sur., 2019; Reese i sur. 2009). Kliničari s manje godina staža skloniji su korištenju mjera praćenja ishoda

dok ih iskusniji kliničari manje koriste (Rye i sur., 2019), ali su uspješniji u njihovom korištenju i brže postižu rezultate u terapiji (Reese i sur., 2009). Nadalje, pozitivniji stav prema evaluaciji ishoda terapije zauzimaju terapeuti koji imaju prethodno iskustvo korištenja standardiziranih mjera u svrhu praćenja terapije (Kaiser i sur., 2018). Stav terapeuta ovisi i o njihovom radnom okruženju. Terapeuti koji rade u privatnim klinikama najviše koriste mjere evaluacije ishoda i imaju pozitivniji stav prema praćenju naspram terapeuta koji rade javnim institucijama (Smits i sur., 2014; Ogles i Hatfield, 2004), pri čemu terapeuti u bolnicama koji rade s hospitaliziranim pacijentima imaju pozitivniji stav od onih u ambulancama (Smits i sur., 2014).

Osim spomenutih učestalih administrativnih i financijskih prepreka, često postoji problem manjka adekvatne edukacije i treninga koji uključuju informiranje o tome kako se radi procjena ishoda, koji instrument, kada i kako se primjenjuje. Osim znanja o protokolu, u edukaciju se naglašava praktična primjena praćenja terapijskog procesa u svrhu njegova poboljšanja. Terapeuti uče i vježbaju kako mogu poboljšati vlastiti pristup klijentu i podržati njegov aktivni angažman u terapiji i procesu oporavka (Burgess i sur., 2015). Istraživanje Edbrooke-Childs i suradnika (2014) pokazalo je da kliničari koji su pohađali trening, u sklopu kojega su se podučavale praktične vještine potrebne za implementaciju mjera praćenja ishoda u vlastitu praksu, su imali pozitivniji stav prema uporabi standardiziranih mjera praćenja ishoda i primjeni dobivenih povratnih informacija. Štoviše, pozitivan stav je bio izraženiji kod kliničara sa tri dana treninga naspram onih sa jednim danom treninga. Dodatno, Rye i suradnici (2019) uz spomenute vještine i znanje kako, kada i zašto primijeniti mjere praćenja, ističu važnost komunikacijskih vještina. Stoga poticanje pozitivnih stavova kroz trening i edukaciju terapeuta, kako bi usvojili potrebne vještine te stekli osjećaj kompetentnosti, ključno je za implementaciju mjera praćenja u praksi.

Zaključno gledano, navedena istraživanja ukazuju kako se opći stav prema praćenju te stav većine njegovih zasebnih komponenti usmjerenih na razne aspekte terapijskog rada mogu poistovjetiti s korištenjem standardiziranih mjera u praksi što je sukladno Ajzenovoj teoriji planiranog ponašanja. Sukladno prevladavajućem negativnom stavu, mali je broj kliničara i terapeuta koji koriste standardizirane mjere u praksi. Negativan stav prema korištenju standardiziranih mjera praćenja u praksi, pod utjecajem je postojećih praktičnih prepreka, ali i pod utjecajem osobne prirode kliničara i terapeuta, njihovog nepovjerenja u instrumente i njihovu svrhu.

Psiholozi i psihoterapeuti, ne samo da su zaduženi za provedbu praćenja i evaluacije terapije, već su i krajnji korisnici podataka dobivenih praćenjem (Rye i sur., 2019). Osobni stav terapeuta odlučujući je u kvalitetnoj uporabi standardiziranih mjera praćenja i neophodno je

istražiti njegove odrednice, kako bi razumjeli što pridonosi pozitivnom ili negativnom stavu prema praćenju i evaluaciji terapije.

Stanje u Republici Hrvatskoj

Obveza praćenja i evaluacije ishoda terapije razlikuje se među državama. Većina država prikuplja povratnu informaciju o uslugama koje pružaju službe za mentalno zdravlje u svrhu unaprjeđenja i podizanja kvalitete usluge te ekonomske isplativosti. Međutim, razlikuju se u načinu prikupljanja tih podataka i njihovoj iskoristivosti. Mnoge od njih, na globalnoj razini, imaju i obvezu korištenja standardiziranih mjera praćenja i evaluacije ishoda terapije (Burgess i sur., 2015; Essock i sur., 2015; McDonald i Fugard, 2015; Puschner i sur., 2015), no ne i Hrvatska. Australija je jedna od rijetkih država koja ima uređeno obvezno redovito praćenje ishoda terapije na nacionalnoj razini. U Australiji postoji centralno tijelo zaduženo za provedbu redovitog praćenja ishoda te službeni protokol za prikupljanje podataka putem devet mjera ishoda (Burgess i sur., 2015). Kod drugih država poput Njemačke, Ujedinjenog Kraljevstva i Sjedinjenih Američkih Država ne postoji zakonska direktiva koja redovito praćenje ishoda čini obveznim na nacionalnoj razini. Implementacija redovitog praćenja ishoda je lokalizirana i ne postoji standardna baterija upitnika koja bi se jednolično primjenjivala neovisno o vrsti terapije, sektora ili institucije u kojem se terapeut nalazi (Essock i sur., 2015; McDonald i Fugard, 2015; Puschner i sur., 2015). Preuzimanje sustava prisutnog u Australiji doprinosi prikupljanju detaljnijih povratnih informacija na sustavnoj razini te dobivanje pouzdanih indikatora kvalitete i učinkovitosti kao i mogućnost njihove usporedbe neovisno radi li se o savjetovanju, psihoterapiji te različitim psihoterapijskim pravcima.

Psiholozi i psihoterapeuti u Ujedinjenom Kraljevstvu (McDonald i Fugard, 2015), Sjedinjenim Američkim Državama (Essock i sur., 2015), Njemačkoj (Puschner i sur., 2015), Australiji (Burgess i sur., 2015) nalaze se unutar sustava zdravstva te su njihove usluge individualnog savjetovanja i psihoterapije dostupnije nego u Hrvatskoj. Trenutno, psihoterapija i psihologija kao potpuno samostalna djelatnost imaju sklopljene ugovore s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i mogućnost direktnog ugovaranja psihološke ili psihoterapeutske djelatnosti ali ne na razini primarne zdravstvene zaštite (Tomljenović, 2018; 2013; HZZO, 2017; Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022). Izostanak obveze praćenja i evaluacije ishoda terapije u Hrvatskoj, jedan je od razloga niske motivacije za podizanjem njezine kvalitete, daljnji rast i razvoj struke (Tomljenović, 2018). Novi trend praćenja i mjerenja učinka savjetovanja i psihoterapije često se koristi upravo kako bi se prikupilo dovoljno znanstvenih dokaza o učinkovitosti, osigurala vjerodostojnost i pristup sustavu zdravstvenog

osiguranja odnosno osigurala akreditacija i financije za rad (Burgess i sur., 2015; Essock i sur., 2015; McDonald i Fugard, 2015; Puschner i sur., 2015; Tomljenović, 2018). S druge strane, psihijatri su jedini stručnjaci na području zaštite mentalnog zdravlja koji su u najvećoj mjeri zaposleni u sustavu zdravstva (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022). Psihijatrijska skrb se primarno bavi „težim“ mentalnim poremećajima i bolničkim tretmanom pacijenata (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022) te stavlja fokus na farmakoterapiju koja ima već istražene, objašnjene biološke mehanizme djelovanja na smanjenje simptoma i značajno poboljšanje pacijenta (Kopta i sur., 1999), stoga oni nisu uključeni u ovo istraživanje.

Uvođenje obveznog praćenja i evaluacije ishoda terapije u praksu savjetovališta, bolnica i privatnih klinika zahtjevan je, sveobuhvatan i dugotrajan projekt. Da bi program praćenja zaživio u praksi potrebna je edukacija i trening terapeuta (Trauer i sur., 2006). Drugim riječima, ključna je suradnja stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja kako bi se spomenuti projekt uspješno proveo, a korak koji mu prethodi jest utvrđivanje inicijalnih stavova i prethodnog iskustva stručnjaka o toj temi te će se ovo istraživanje indirektno baviti pitanjem otvorenosti za suradnju psihologa i psihoterapeuta u Hrvatskoj.

Ciljevi i problemi

Cilj istraživanja je utvrditi razlikuju li se stavovi prema praćenju procesa terapije i evaluaciji ishoda terapije s obzirom na psihoterapijski pravac odnosno teorijsko usmjerenje. Također, nastojat će se utvrditi doprinos godina staža, broja trenutno aktivnih pacijenata ili klijenata, edukacije za psihoterapiju (je li završena ili nije) i prethodnog iskustva s instrumentima u predviđanju stavova praćenja procesa i redovite evaluacije ishoda.

Problemi i hipoteze

Sukladno ciljevima istraživanja postavljeni su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

1. Ispitati postoje li razlike u stavovima prema evaluaciji ishoda terapije i stavovima prema praćenju procesa terapije s obzirom na psihoterapijski pravac.

H1. Psihoterapeuti kognitivno-bihevioralnog usmjerenja iskazivat će pozitivniji stav prema redovitoj evaluaciji ishoda terapije u odnosu na terapeute geštalt usmjerenja.

H2. S obzirom na nedostatak istraživanja (o odnosu između psihoterapijskog pravca i stava prema praćenju procesa terapije) ostaje se pri nul-hipotezi i pretpostavlja da neće biti razlike u stavovima prema praćenju procesa kod terapeuta različitih psihoterapijskih pravaca.

2. Utvrditi povezanost profesionalnih karakteristika: godina staža, edukacije za psihoterapeuta, prethodnog iskustva praćenja terapije i broja trenutno aktivnih pacijenata ili klijenata sa stavom o evaluaciji ishoda terapije i stavom o praćenju procesa terapije.

H3. Temeljem prethodnih istraživanja očekuje se da će psiholozi i psihoterapeuti s više godina staža, završenom edukacijom za psihoterapeuta, prethodnim iskustvom praćenja terapije i s manjim brojem trenutno aktivnih pacijenata/klijenata iskazivati pozitivniji stav prema evaluaciji ishoda terapije.

H4. Temeljem prethodnih istraživanja očekuje se da će psiholozi i psihoterapeuti s više godina staža, završenom edukacijom za psihoterapeuta, prethodnim iskustvom praćenja terapije i s manjim brojem trenutno aktivnih pacijenata/klijenata iskazivati pozitivniji stav prema praćenju procesa terapije.

3. Utvrditi doprinos profesionalnih karakteristika: godina staža, edukacije za psihoterapeuta, prethodnog iskustva evaluacije ishoda i/ili praćenja procesa i broja trenutno aktivnih pacijenata u objašnjavanju stavova o evaluaciji ishoda terapije i stavova o praćenju procesa terapije.

H5. Temeljem dosadašnjih istraživanja o odnosu profesionalnih karakteristika i stavova o evaluaciji ishoda, očekuje se da će godine staža, edukacija za psihoterapeuta, prethodno iskustvo praćenja terapije i broj trenutno aktivnih pacijenata ili klijenata značajno predviđati stavove o evaluaciji ishoda terapije.

H6. Temeljem dosadašnjih istraživanja o odnosu profesionalnih karakteristika i stavova o evaluaciji ishoda, očekuje se da će godine staža, edukacija za psihoterapeuta, prethodno iskustvo praćenja terapije i broj trenutno aktivnih pacijenata ili klijenata značajno predviđati stavove o praćenju procesa terapije.

Metoda

Sudionici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku psihologa i psihoterapeuta različitih psihoterapijskih usmjerenja. Ukupno je sudjelovalo 99 sudionika, no oni psiholozi i/ili psihoterapeuti koji u trenutku istraživanja nisu aktivno pružali usluge savjetovanja i psihoterapije su izuzeti iz daljnje obrade. Konačan uzorak činilo je 94 sudionika, od kojih je 83 (88,3%) ženskog spola, 11 (11,7%) muškog spola. Najmlađi sudionik ima 25 godina, najstariji 83 godine, a prosječna dob sudionika je 46 godina i 3 mjeseca ($M = 46,23$, $SD = 10,858$). Raspon radnog staža sudionika kreće se između pola godine do 35 godine radnog staža, a prosječni staž iznosi 12,172 godina ($SD = 9,4534$). Nadalje, sudionici u prosjeku imaju 20 ($SD = 15,728$) aktivnih klijenata/pacijenata u savjetovanju/psihoterapiji. Najzastupljenija zanimanja

u uzorku su psiholog (64,9%), socijalni pedagog (7,4%) i psihijatar (5,3%). Udio sudionika koji su završili edukaciju za psihoterapeuta je 80%. S obzirom na psihoterapijski pravac, najviše ih je završilo edukaciju za geštalt terapiju (35,1%), kognitivno-bihevioralnu terapiju (24,5%), realitetnu terapiju (9,6%) i psihoanalizu (5,3%). Najveći udio čine sudionici iz privatnih praksi (42,6%), fakulteta (13,8%), bolnica (12,8%), udruga (8,5%) i osnovnih/srednjih škola (8,5%). Prethodno iskustvo s instrumentima za praćenje ima 53% sudionika (npr: MMPI, CORE-OM, BDI, STAI i ostale).

Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja korištena je baterija upitnika koja je započela s 13 pitanja o sociodemografskim podacima i podacima o profesionalnim karakteristikama sudionika, a potom su uslijedili instrumenti: Upitnik praćenja procesa terapije i Upitnik evaluacije ishoda terapije. Na kraju cijelog upitnika, postavljeno je otvoreno pitanje o prednostima i manama korištenja mjera praćenja.

Sociodemografski podaci

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik sociodemografskih podataka i profesionalnih karakteristika sudionika, koji je obuhvaćao pitanja o spolu, dobi, zanimanju, godinama staža, edukaciji za psihoterapeuta, psihoterapijskom usmjerenju, radnom mjestu, broju aktivnih klijenata/pacijenata i prethodnom iskustvu praćenja terapijskog procesa. Sudionicima je postavljeno pitanje o završavanju više od jedne, sekundarne, psihoterapijske edukacije i njenom usmjerenju. Također, u slučaju potvrdnog odgovora na postojanje prethodnog iskustva praćenja terapijskog procesa sudionicima je postavljeno pitanje o tome koji su to instrumenti (upitnici, check-liste) kojima su se koristili. U nastavku upitnika uslijedile su sljedeći upitnici istim redoslijedom.

Upitnik praćenja procesa terapije

Stav prema praćenju procesa terapije ispitivan je hrvatskom verzijom Upitnika praćenja procesa terapije (eng. *Process Monitoring Questionnaire*) autora Kaiser i suradnika (2018). Čestice upitnika prevedene su za potrebe ovog diplomskog rada, načelom dvostrukog prijevoda, pri čemu su čestice prvo prevedene s engleskog jezika na hrvatski, a potom isto i s hrvatskog jezika na engleski jezik. Kaiser i suradnici (2018) su konstruirali upitnik da sadržajno odgovara česticama iz Upitnika evaluacije ishoda te ispituje opći stav i namjeru uporabe instrumenata u svrhu praćenja procesa. Upitnik se sastoji od 8 čestica koje mjere stav prema dnevnom praćenju

procesa terapije, od kojih je 4 definirano u pozitivnom smjeru (npr. „Dnevno praćenje potiče samo-refleksiju klijenata“), a 4 u negativnom smjeru (npr. „Klijenti su opterećeni dnevnim praćenjem terapije“). Svaka tvrdnja se procjenjuje na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva, pri čemu je 1 označavao „Potpuno se ne slažem“, a 6 „Potpuno se slažem“. Čestice koje su definirane u negativnom smjeru obrnuto su rekodirane tako 1 umjesto „Potpuno se ne slažem“ označava vrijednost „Potpuno se slažem“, a 6 umjesto „Potpuno se slažem“ označava „Potpuno se ne slažem“. Rekodiranjem je postignuto da veći broj na skali odražava pozitivniji stav prema dnevnom praćenju procesa terapije. Konačan rezultat računa se kao prosjek svih 8 čestica, onih definiranih u pozitivnom smjeru te rekodiranih čestica. Pouzdanost upitnika u istraživanju Kaisera i suradnika je visoka i iznosi $\alpha = .91$ (2018), dok u ovom istraživanju ona je nešto niža i iznosi $\alpha = .86$, ali je koeficijent i dalje zadovoljavajući.

Upitnik evaluacije ishoda terapije

Upitnik evaluacije ishoda terapije (*Outcome Monitoring Questionnaire*) izvornih autora Willis i suradnika (2009) ima dvofaktorsku latentnu strukturu, odnosno sastoji se od dimenzija „otvorenost prema povratnoj informaciji“ i „stav prema praćenju“. Upitnik sadrži ukupno 23 čestice. Dimenzija „otvorenost prema povratnoj informaciji“ mjerena je sa 8 čestica, a dimenzija „stav prema praćenju“ mjerena je sa preostalih 15 čestica. Čestice koje mjere otvorenost prema povratnoj informaciji odnose se na spremnost integriranja dobivene povratne informacije putem instrumenata za evaluaciju terapiju u terapijski rad, dok stav prema praćenju podrazumijeva opći stav prema mjerama evaluacije ishoda i njihovoj koristi i značajnosti za terapijski rad. Autori predlažu da se ukupni rezultat formira kao prosjek svih čestica u upitniku, njih 23, stoga smo u ovom istraživanju računali samo ukupan rezultat na upitniku.

U ovom istraživanju korišten je hrvatski prijevod upitnika. Također je korišteno načelo dvostrukog prijevoda, odnosno, čestice su prvo prevedene s engleskog jezika na hrvatski, a potom isto i s hrvatskog jezika na engleski jezik. Od ukupno 23 čestice u upitniku, njih 16 je definirano u pozitivnom smjeru (npr. „Vjerujem u integraciju evaluacije ishoda u svoj terapijski rad“), a njih 7 u negativnom smjeru (npr. „Evaluacija ishoda terapije ne može obuhvatiti što se događa sa klijentima“). Svaka tvrdnja se procjenjuje na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva, pri čemu je 1 označavao „Potpuno se ne slažem“, a 6 „Potpuno se slažem“. Čestice koje su definirane u negativnom smjeru obrnuto su rekodirane. Rekodiranjem je postignuto da veći broj na skali odražava pozitivniji stav prema evaluaciji ishoda terapije. Konačan rezultat računa se kao prosjek svih 23 čestica, onih definiranih u pozitivnom smjeru te rekodiranih čestica. Pouzdanost upitnika u istraživanju Kaisera i suradnika je visoka i iznosi $\alpha = .94$ (2018).

Pouzdanost upitnika u ovom istraživanju je također visoka i iznosi $\alpha = .95$.

Pitanje otvorenog tipa

Pitanje otvorenog tipa glasilo je „Ukratko navedite nekoliko, po Vašem mišljenju, prednosti i mana rutinskog praćenja terapije (prije i nakon svake terapije)“. Odgovaranje na njega nije bilo obavezno, niti ograničeno brojem znakova koji su se smjeli koristiti u odgovaranju. Pitanje se odnosilo na praćenje procesa i/ili evaluaciju ishoda terapije.

Postupak

Istraživanje je provedeno putem *online* obrasca izrađenog u platformi *Google Obrasci* u razdoblju od 09. svibnja do 09. lipnja, nakon čega je ispunjavanje bilo onemogućeno. Poveznica na upitnik bila je poslana izravno na javno dostupne *e-mail* adrese psihologa i psihoterapeuta u sklopu različitih psihoterapijskih udruga, obrazovnih ustanova i zdravstvenog sustava te podijeljena u *Facebook* grupe. U sklopu *e-maila* poslan je i poziv na daljnje prosljeđivanje upitnika kolegama koji odgovaraju ispitivanoj populaciji te su tako sudionici prikupljeni tehnikom snježne grude. Na početku upitnika navedene su informacije o svrsi istraživanja, istaknuta anonimnost i povjerljivost podataka, vrijeme potrebno za rješavanje te je naglašeno kako je sudjelovanje dobrovoljno i da daljnje ispunjavanje upitnika označava pristanak da se njihovi odgovori koriste u svrhu istraživanja. Također, naveden je kontakt istraživača na koje se sudionici mogu javiti u slučaju nejasnoća, ukoliko imaju pitanja ili žele uvid u završne rezultate.

Rezultati

Prikupljeni rezultati obrađeni su pomoću računalnog statističkog programa IBM SPSS te ATLAS.ti 8 u sklopu kojih su korištene statističke analize prikladne istraživačkim problemima te su prikazani sukladno redosljedu pripadajućih hipoteza. Pri kvantitativnoj statističkoj obradi korištena je deskriptivna statistika, t-test na nezavisnim uzorcima i regresijska analiza, dok je pri kvalitativnoj statističkoj obradi korištena tematska analiza. Prije provedbe t-testa na nezavisnim uzorcima provjerena je zadovoljenost pretpostavki za njegovo provođenje. U tu svrhu upotrebljeni su Kolmogorov-Smirnov te Shapiro-Wilk test za provjeru normalnosti raspodjele te Levenov test homogenosti varijance, pri čemu je Kolmogorov-Smirnov korišten u slučaju većeg uzorka (> 50) dok Shapiro-Wilk u slučaju malih ili srednjih uzoraka (≤ 50) (Petz i sur., 2012). T-test na nezavisnim uzorcima proveden je nakon što su zadovoljena pretpostavke za njegovu provedbu, pretpostavke o normalnosti raspodjele i

homogenosti varijanci.

Metodom tematske analize identificirani su i analizirani uzorci u dobivenim podacima. Odgovori sudionika su prvo iščitani, a potom se na temelju prepoznatih obrazaca generirani inicijalni kodovi grupiranjem sadržajno sličnih odgovora (Braun i Clarke, 2006). Tako dobiveni kodovi su organizirani u dvije krovne teme *Prednosti praćenja terapijskog procesa* i *Mane praćenja terapijskog procesa*.

Tablica 1. Deskriptivna statistika za procjene sudionika pojedinih čestica na upitniku dnevnog praćenja procesa terapije i na upitniku evaluacije ishoda terapije – poredanih po postotku sudionika koji odobrava navedeni pokazatelj.

Upitnik praćenja procesa terapije.

| Čestica | Sadržaj | <i>M</i> | <i>SD</i> | % Odobranje |
|---------|---|----------|-----------|-------------|
| 6 | Promjene koje se događaju tokom terapijskog procesa ne mogu se adekvatno obuhvatiti procjenom na dnevnoj bazi.* | 4.15 | 1.459 | 63.83 |
| 8 | Interpretacija podataka dobivenih dnevnim praćenjem terapije je prekompleksna za provođenje na dnevnoj bazi.* | 3.88 | 1.585 | 58.51 |
| 3 | Dnevno praćenje terapije potiče samo-refleksiju klijenata. | 3.86 | 1.250 | 58.51 |
| 2 | Klijenti su opterećeni dnevnim praćenjem terapije.* | 3.80 | 1.372 | 56.38 |
| 4 | Za mene, dnevno praćenje terapije je nepotrebno.* | 3.62 | 1.518 | 48.94 |
| 1 | Uz pomoć dnevnog praćenja terapije, mogu lakše zamijetiti zastoje u terapijskom procesu. | 3.44 | 1.341 | 42.55 |
| 7 | Mogu se zamisliti da koristim dnevno praćenje procesa terapije u radu sa klijentima | 3.19 | 1.622 | 40.43 |
| 5 | Dnevno suočavanje sa promjenama tokom terapije rezultirat će većim povjerenjem klijenata u terapijski proces | 2.85 | 1.087 | 24.47 |

Upitnik evaluacije ishoda terapije.

| Čestica | Sadržaj | <i>M</i> | <i>SD</i> | % Odobranje |
|---------|--|----------|-----------|-------------|
| 11 | Postoji vrijednost u razvoju vještine davanja povratne informacije u radu s klijentima. | 4.82 | 1.087 | 84.04 |
| 4 | Namjeravam raspraviti rezultate klijenata sa samim klijentom. | 4.56 | 1.421 | 75.53 |
| 2 | Vjerujem u integraciju evaluacije ishoda u svoj terapijski rad. | 4.39 | 1.305 | 74.47 |
| 17 | Pružanje povratne informacije na temelju samoevaluacijskih mjera smatram korisnim. | 4.23 | 1.231 | 72.34 |
| 12 | Korištenje mjera evaluacije ishoda pomoći će u donošenju boljih odluka u terapijskom procesu. | 4.22 | 1.184 | 71.28 |
| 20 | Pružanje povratne informacije će ohrabriti klijente da preuzmu više odgovornosti u terapijskom procesu. | 4.13 | 1.338 | 71.28 |
| 14 | Ako je svrha evaluacije ishoda detaljno objašnjena, klijentima neće smetati njihovo korištenje. | 4.20 | 1.357 | 70.21 |
| 22 | Pružanje povratne informacije dobivenih mjerama ishoda evaluacije pomoći će mi u planiranju tijeka terapije. | 4.11 | 1.364 | 66.96 |
| 19 | Namjeravam naučiti više o mjerama evaluacije ishoda. | 3.93 | 1.305 | 64.89 |
| 7 | Mjere evaluacije ishoda smatram veoma korisnima u radu s klijentima. | 4.10 | 1.360 | 61.70 |
| 8 | Pružanje povratne informacije dobivene evaluacijom ishoda pomoći će s aktivnim angažmanom klijenata u terapijskom radu. | 3.96 | 1.269 | 61.70 |
| 6 | Pružanje povratne informacije dobivenih evaluacijom ishoda pomoći će terapeutima i klijentima da bolje surađuju tokom terapijskog procesa. | 4.04 | 1.294 | 60.64 |
| 16 | Prepoznajem vrijednost mijenjanja terapijske prakse radi uporabe mjera samoevaluacije klijenata vezano za ishod terapije. | 3.87 | 1.272 | 58.51 |
| 9 | Moram razviti vlastito razumijevanje i korištenje normativnih podataka. Izbjegavam koristiti mjere evaluacije ishoda. | 3.82 | 1.510 | 55.32 |
| 3 | Pružanje povratne informacije dobivenu pomoću evaluacije ishoda pomaže motiviranju novih potencijalnih klijenata. | 3.64 | 1.530 | 51.06 |
| 13 | Mjere evaluacije ishoda uzimaju previše vremena.* | 3.46 | 1.471 | 46.81 |
| 18 | Namjeravam rutinski nuditi mjere samoevaluacije klijentima. | 3.44 | 1.521 | 46.81 |
| 1 | Evaluacija ishoda terapije ne može obuhvatiti što se događa sa klijentima.* | 3.21 | 1.509 | 44.68 |
| 10 | Izbjegavam koristiti mjere evaluacije ishoda.* | 2.94 | 1.450 | 30.85 |
| 21 | Ne znam kako koristiti mjere evaluacije ishoda za praćenje napretka terapije* | 2.90 | 1.587 | 30.85 |
| 23 | Nitko nema vremena koristiti mjere evaluacije ishoda rutinski.* | 2.87 | 1.490 | 28.72 |
| 5 | Evaluacija ishoda izuzima ljudski aspekt iz rada sa klijentima.* | 2.79 | 1.421 | 28.72 |
| 15 | Većina pitanja evaluacije ishoda klijentima nisu bitne* | 2.91 | 1.276 | 27.66 |

Napomena: * Varijable su obrnuto kodirane; sudionici koji su odgovorili sa 4 – *slažem se* ili više na zasebnim česticama smatraju se da tvrdnju „odobravaju“

U Tablici 1 prikazani su deskriptivni podaci pojedinačnih čestica Upitnika praćenja procesa terapije i Upitnika evaluacije ishoda terapije. Čestice su poredane po postotku odobravanja za oba upitnika. Najviše odobravanje na Upitniku praćenja procesa terapije postižu tvrdnje koje su u sklopu kasnijih analiza obrnuto rekodirane. Odnosno, najviše odobravanje postižu čestice koje označavaju negativan stav prema praćenju procesa terapije. Najviše sudionika se slaže sa tvrdnjom „Promjene koje se događaju tokom terapijskog procesa ne mogu se adekvatno obuhvatiti procjenom na dnevnoj bazi“ ($M = 4.15$, $SD = 1.459$) i sa tvrdnjom „Interpretacija podataka dobivenih dnevnim praćenjem terapije je prekompleksna za provođenje na dnevnoj bazi“ ($M = 3.88$, $SD = 1.585$) koje pridonose negativnom stavu prema praćenju procesa terapije. Od tvrdnji čija visoka stopa odobravanja označava pozitivan stav prema praćenju procesa najistaknutija je treća čestica „Dnevno praćenje terapije potiče samo-refleksiju klijenata“ ($M = 3.86$, $SD = 1.250$). Najmanje slaganje sudionici iskazuju sa tvrdnjom „Dnevno suočavanje sa promjenama tokom terapije rezultirat će većim povjerenjem klijenata u terapijski proces“ ($M = 2.85$, $SD = 1.087$).

Suprotno poretku čestica na Upitniku praćenja procesa terapije, na Upitniku evaluacije ishoda najviše odobravanje postižu čestice koje iskazuju pozitivan stav prema evaluaciji ishoda terapije. Najviše sudionika se slaže sa tvrdnjom „Postoji vrijednost u razvoju vještine davanja povratne informacije u radu s klijentima.“ ($M = 4.82$, $SD = 1.087$). Iduće tvrdnje koje sudionici najviše odobravaju su „Namjeravam raspraviti rezultate sa samim klijentom“ ($M = 4.56$, $SD = 1.421$) te „Vjerujem u integraciju evaluacije ishoda u svoj terapijski rad“ ($M = 4.39$, $SD = 1.305$). Tvrdnje s kojima se sudionici najmanje slažu na Upitniku evaluacije ishoda su tvrdnje koje označavaju negativan stav prema evaluaciji ishoda terapije. Sudionici iskazuju najmanje slaganje sa tvrdnjom „Većina pitanja evaluacije ishoda klijentima nisu bitne“ ($M = 2.91$, $SD = 1.276$), potom tvrdnjama „Evaluacija ishoda izuzima ljudski aspekt iz rada s klijentima“ ($M = 2.79$, $SD = 1.421$) i „Nitko nema vremena koristiti mjere evaluacije ishoda rutinski“ ($M = 2.87$, $SD = 1.490$).

Tablica 2. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka ukupnih rezultata na upitniku praćenja i evaluacije ishoda (N=94)

| Varijabla | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> | <i>K-S test</i> | <i>S-W test</i> | <i>Asimetričnost</i> | <i>Spljoštenost</i> |
|----------------------------------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| Praćenje procesa terapije (PMQ) | 3.24 | 1.008 | 1 | 6 | .078 | .459 | 0.406 | -1.095 |
| Evaluacija ishoda terapije (OMQ) | 4.06 | 0.960 | 1 | 6 | .116 | .038* | -1.888 | -0.335 |

Napomena: ** $p < .01$, * $p < .05$

Iz Tablice 2 možemo vidjeti izračunate ukupne rezultate na Upitniku praćenja procesa i Upitniku evaluacije ishoda na ukupnom uzorku. Upitnici obuhvaćaju odgovore na skali od 1 do 6, a veći rezultat označava pozitivniji stav prema raznim aspektima praćenja terapije. Dobivene vrijednosti na Upitniku evaluacije ishoda su srednje visoke ($M_{OMQ} = 4.06$, $SD = 0.960$) te odražavaju neutralan prema pozitivnom stavu prema ispitivanoj varijabli. Nadalje, vrijednosti dobivene na Upitniku praćenja procesa su srednje niske ($M_{PMQ} = 3.24$, $SD = 1.008$), odnosno odražavaju neutralan stav sudionika prema praćenju procesa. Izračunati su i statistici asimetričnosti i spljoštenosti te su korišteni Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi za provjeru normalnosti distribucija. Prema navedenim testovima, raspodjela rezultata praćenja procesa terapije smatrana je normalnom. Raspodjela evaluacije ishoda terapije pokazuje normalnu raspodjelu prema Kolmogorov-Smirnov testu, a prema Shapiro-Wilk testu, koji pokazuje odstupanje na razini značajnosti od 5%, blago je negativno asimetrična ($z = -1.888$).

Tablica 3. *Analiza razlika u praćenju procesa terapije i evaluaciji ishoda terapije s obzirom na psihoterapijsko usmjerenje*

| Psihoterapijsko usmjerenje | <i>n</i> | M_{PMQ} | SD_{PMQ} | M_{OMQ} | SD_{OMQ} | $df_{1(PMQ/OMQ)}$ | df_{2PMQ} | df_{2OMQ} | $t(PMQ)$ | $t(OMQ)$ |
|----------------------------------|----------|-----------|------------|-----------|------------|-------------------|-------------|-------------|----------|----------|
| Geštalt terapija | 33 | 3.23 | 0.915 | 3.95 | 0.938 | | | | .070 | .002** |
| Kognitivno-bihevioralna terapija | 23 | 3.72 | 1.056 | 4.73 | 0.790 | 54 | 42.941 | 51.982 | | |

Napomena: ** $p < .01$, * $p < .05$

Tablica 3 prikazuje razliku u rezultatu na upitniku praćenja procesa i evaluacije ishoda dva najzastupljenija psihoterapijska usmjerenja u ukupnom uzorku, koji pripadaju suprotnim teorijskim strujama za koje je u postojećim istraživanjima pronađena razlika. To su geštalt terapija (35%) i kognitivno-bihevioralna terapija (skraćeno: KBT) (24%). Na njima je provedeno je testiranje značajnosti razlika u rezultatima praćenja procesa i evaluacije ishoda terapije pomoću t-testa za nezavisne uzorke. Normalnost distribucije prethodno je provjerena Shapiro-Wilk testom. Njime je potvrđena normalnost raspodjele rezultata Upitnika praćenja procesa terapije (PMQ) i Upitnika evaluacije ishoda (OMQ) terapije u grupi geštalt terapeuta ($p_{PMQ} = 0.649 > .05$, $p_{OMQ} = 0.107 > .05$) te rezultata Upitnika praćenja procesa terapije u grupi KBT terapeuta ($p_{PMQ} = 0.214 > .05$). Suprotno, raspodjela rezultata Upitnika evaluacije ishoda odstupa od normalne u KBT grupi ($p_{OMQ} = 0.041 > .05$) i negativno je asimetrična ($\frac{-0,991}{0,481} = -2,06$). Nadalje, Levenovim testom je provjerena pretpostavka o homogenosti varijanci nezavisnih uzoraka. Rezultati Levenovog testa praćenja procesa terapije ($F(54,42.941) = 1,595$; $p > .05$) te evaluacije ishoda terapije ($F(54,51.982) = 1.335$; $p > .05$) pokazali su da je homogenost varijance zadovoljena za sve testirane parove. Iz tablice 3 je uočljivo kako postoji statistički značajna razlika između geštalt i KBT terapeuta u stavu prema evaluaciji ishoda terapije ($t_{OMQ}(54) = 0.002 < .01$) ali ne i prema praćenju procesa terapije ($t_{PMQ}(54) = 0.070 > .05$). KBT terapeuti iskazuju pozitivniji stav prema evaluaciji ishoda terapije ($M_{OMQkbt} = 4.73$, $SD_{OMQkbt} = 0.790$) u odnosu na geštalt terapeute ($M_{OMQgeštalt} = 3.95$, $SD_{OMQgeštalt} = 0.938$). Sukladno rezultatima potvrđena je hipoteza o postojećoj razlici u stavu prema evaluaciji ishoda s obzirom na psihoterapijsko usmjerenje slično postojećim istraživanjima.

Tablica 4. *Prikaz Pearsonovih koeficijenata korelacije ispitivanih varijabli (N=94)*

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
|--|---------|---------|-------|--------|------|----|
| 1. Stav prema praćenju procesa (PMQ) | - | | | | | |
| 2. Stav prema evaluaciji ishoda (OMQ) | .628** | - | | | | |
| 3. Prethodno iskustvo | -.370** | -.421** | - | | | |
| 4. Završena edukacija | .205* | .258* | -.192 | - | | |
| 5. Godine staža | -.137 | -.021 | -.126 | -.207* | - | |
| 6. Trenutno aktivni pacijenti ili klijenti | -.113 | -.178 | -.124 | -.114 | .189 | - |

**p<0.01, *p<0.05

Tablica 4 prikazuje korelacije svih varijabli uključenih u istraživanje izuzev nominalnih kao što su zanimanje, radno mjesto, primarno usmjerenje. Također, zbog sličnosti varijabli dob i godine staža, te njihove visoke pozitivne povezanosti, zadržana je samo varijabla godine staža. Dobiveni rezultati pokazuju kako terapeutovo prethodno iskustvo korištenja instrumenta u svrhu praćenja ostvaruje značajnu negativnu umjerenu povezanost sa stavom prema evaluaciji ishoda te značajnu negativnu umjerenu povezanost sa stavom prema praćenju procesa. Drugim riječima, sudionici koji su u praksi već koristili instrumente za praćenje klijenata u terapiji imaju pozitivniji stav prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa terapije. Završena edukacija pokazuje značajnu pozitivnu slabu povezanost sa stavom prema evaluaciji ishoda te stavom prema praćenju procesa, odnosno sudionici koji su završili edukaciju za psihoterapeuta pozitivnijeg su stava prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa.

Osim povezanosti nezavisnih sa kriterijskim varijablama pronađena je značajna visoka povezanost između rezultata upitnika korištenih stava prema praćenju procesa i stava prema evaluaciji ishoda terapije što ukazuje da sudionici koji imaju pozitivan stav prema praćenju procesa terapije su otvoreniji prema evaluaciji ishoda terapije. Završena edukacija i godine staža pokazuju značajnu slabu negativnu povezanost. Odnosno sudionici s više godina staža imaju više certifikata i završenih edukacija za psihoterapiju od onih sa manje godina staža.

Kako bi se provjerilo jesu li varijable prethodno iskustvo i završena edukacija, koje su pokazale značajnu povezanost s kriterijskim varijablama, značajni prediktori stava prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa i u kojem ih postotku objašnjavaju provedena je regresijska

analiza. Nadalje, s obzirom na postojeća istraživanja, regresijska analiza se provodi i za ostale varijable koje se nisu pokazale značajnu povezanost s kriterijima, broj trenutno aktivnih klijenata/pacijenata i godine staža.

Tablica 5. Rezultati regresijske analize predviđanja stava prema evaluaciji ishoda terapije i praćenju procesa terapije (N=94)

| Regresijska analiza (Enter metoda) | | | | | | |
|--|---------|------|------|-------|--------------|------------|
| kriterij = stav prema evaluaciji ishoda | β | p | R | R^2 | ΔR^2 | ΔF |
| Prethodno iskustvo | -.411** | .000 | | | | |
| Završena edukacija | .153 | .124 | .496 | .246 | .211 | .000 |
| Godine staža | -.003 | .975 | | | | |
| Trenutno aktivni pacijenti ili klijenti | -.211* | .030 | | | | |
| kriterij = stav prema praćenju procesa | | | | | | |
| Prethodno iskustvo | -.386** | .000 | | | | |
| Završena edukacija | .087 | .392 | .441 | .194 | .157 | .001 |
| Godine staža | -.144 | .157 | | | | |
| Trenutno aktivni pacijenti ili klijenti | -.123 | .217 | | | | |

Napomena: ** $p < .01$, * $p < .05$; β = standardizirani regresijski koeficijent, R = koeficijent multiple korelacije, R^2 = koeficijent multiple determinacije, ΔR^2 = promjena u R^2 od prethodnog koraka, ΔF = promjena f-statistika u odnosu na prethodni korak

Zadovoljene su pretpostavke multikolinearnosti nezavisnih (prediktorskih) varijabli za oba regresijska modela, odnosno faktor inflacije varijance (VIF) je manji od 10, te je *tolerance* veći od 0.2.

U Tablici 5 prikazane su dvije regresijske analize s obzirom na različite kriterijske varijable: stav prema evaluaciji ishoda i stav prema praćenju procesa. Prediktori uključeni u regresijsku analizu su: prethodno iskustvo, završena edukacija, godine staža i broj trenutno aktivnih pacijenata ili klijenata. Prethodno iskustvo i završena edukacija su varijable koje su se pokazale značajno povezane s kriterijima te su posljedično uključene u regresijsku analizu. Godine staža i broj aktivnih pacijenata/klijenata su uvrštene u regresijsku analizu s obzirom na nalaze postojećih istraživanja koji su pokazali kako su kliničari s manje godina staža skloniji korištenju mjera praćenja ishoda (Rye i sur., 2019) te kako je glavna prepreka administrativno

i financijsko opterećenje (Ogles i Hatfield, 2004) što je još potencirano u slučaju velikog broja klijenata.

Prema dobivenim rezultatima u Tablici 5, unutar modela s kriterijem stav prema evaluaciji ishoda, sva četiri prediktora objašnjavaju 24,6% varijance stava prema evaluaciji ishoda ($p < .01$). Prediktori koji su se pokazali značajnim su prethodno iskustvo ($p < .01$) te broj trenutno aktivnih pacijenata/klijenata ($p < .05$). Varijabla broj trenutno aktivnih pacijenat/klijenata je supresor varijabla. Ona nije korelirana s kriterijem, ali ipak povećava R^2 ako se uključi u regresijsku analizu.

Nadalje, u Tablici 5 je prikazan regresijski model s kriterijem stav prema praćenju procesa terapije, unutar kojeg iste četiri prediktorske varijable objašnjavaju 19,4% varijance stava prema praćenju procesa ($p < .01$). Jedini značajan prediktor unutar modela, na razini $p < .01$, je prethodno iskustvo sa standardiziranim instrumentima za praćenje terapije. Završena edukacija se nije pokazala značajnim prediktorom usprkos postojanju povezanosti s kriterijskom varijablom.

Tablica 6. Kategorizirani odgovori sudionika na otvoreno pitanje o prednostima praćenja terapije.

| Kategorija | Primjer | Frekvencija |
|---|--|-------------|
| Bolji uvid u tok terapije – zastoje, pomake, promjenu | Pomažu u artikuliranju tema, ciljeva i prepoznavanju pomaka u toku terapije. | 16 |
| Organizacija i planiranje terapije | Pojednostavljaju rad terapeutu (prisjećanje prethodnih terapija, planiranje eventualnih intervencija). | 12 |
| Poticaj klijentu na aktivnu suradnju | Povećanje suradnje, aktivnog sudjelovanja i preuzimanja odgovornosti od strane klijenta. | 8 |
| Povratna informacija klijentu | Proces promjene postaje vidljiviji klijentima. | 7 |
| Jačanje odnosa terapeut-klijent | Poboljšanje odnosa terapeut-klijent, veći stupanj povjerenja. | 5 |
| Povratna informacija terapeutu | Omogućava praćenje vlastitog rada i procesa. | 4 |
| Objektivnost | Objektivno utvrdim stanje klijenta i dobijem neke informacije koje klijent ne bi možda sam ponudio u usmenoj procjeni svog stanja. | 2 |

Tablica 6 prikazuje prednosti terapijskog procesa generirane iz odgovora 59 sudionika na pitanje otvorenog tipa. U odgovorima je prepoznato 7 različitih kategorija. Najzastupljenija kategorija je *Bolji uvid u tok terapije, njegove zastoje, pomake i promjenu*, potom slijede *Organizacija i planiranje terapije* i *Poticaj klijentu na aktivnu suradnju*. Najviše sudionika kao prednosti praćenja terapijskog procesa ističu detaljniji uvid i lakše prepoznavanje terapijskih pomaka, mogućnost pripreme za nadolazeće terapijske termine i povećano preuzimanje odgovornosti kod klijenta. Nešto manje zastupljene kategorije su *Povratna informacija klijentu*, *Jačanje odnosa terapeut-klijent* te *Povratna informacija terapeutu*. Sudionici prepoznaju prednosti informacije dobivene praćenjem terapije i njenim djeljenjem sa klijentima u svrhu jačanja povjerenja i transparentnosti. Najslabije zastupljena kategorija je *Objektivnost* koja predstavlja otkrivanje informacija osim onih ponuđenih od strane klijenta.

Tablica 7. Kategorizirani odgovori sudionika na otvoreno pitanje o nedostacima praćenja terapije.

| Kategorija | Primjer | Frekvencija |
|--|---|-------------|
| Utrošak vremena | Vremenski zamorno. | 21 |
| Fokus na praćenje umjesto sam proces terapije | Stavlja se preveliko težište na refleksiju o ishodima, a zanemaruje procesne aspekte terapijskog rada. | 9 |
| Robusnost mjera | Samoprocjenama je ponekad teško ili gotovo nemoguće obuhvatiti sve razine na kojima se događaju promjene kod klijenta. | 9 |
| Učestalo praćenje je suvišno | Samo na početku i na kraju zajedničkog rada je u praksi izvedivo i smisleno. | 6 |
| Demotivirajuće za klijenta | Klijent se može obeshrabriti ako vidi da ne napreduje. | 5 |
| Birokratizacija posla | Birokratizacija posla psihoterapeuta. | 3 |
| Umanjivanje onog „ljudskog“ u terapiji | Umanjuje snagu fenomenologije specifičnog ja-ti susreta pojedinog terapeuta i klijenta. | 3 |
| Nije prikladno za svaki psihoterapijski pravac | Samim ispunjavanjem takvih upitnika zamišljam da je fokus na ponašanjima, a ne na razumijevanju strukture i razrješavanju konflikta na razini strukture ličnosti. | 3 |
| Tehnički/mehanički je | Mehanički pristup, ne uvažava druge elemente života koji se dinamički mijenjaju | 3 |
| Narušava odnos terapeuta i klijenta | Može izazvati otpor. | 2 |

Tablica 7 prikazuje nedostatke praćenja terapijskog procesa dobivenih metodom tematske analize kojom je prepoznato 10 različitih kategorija. Najistaknutiji nedostatak praćenja terapijskog procesa je *Utrošak vremena* koju je spomenuo 21 sudionik. Idući razlog protiv praćenja terapijskog procesa je pretjerani *Fokus na praćenje umjesto sam proces terapije* i *Robusnost mjera* koju spominje 9 sudionika. Sljedeće kategorije po zastupljenosti su *Učestalo praćenje je suvišno* i *Demotivirajuće za klijenta*. *Birokratizacija posla*, *Umanjivanje onog „ljudskog“ u terapiji*, *Nije prikladno za svaki terapijski pravac* i *Mehanički je* istaknulo je samo po tri sudionika. Najmanje sudionika, točnije 2, je navelo razlog koji pripada kategoriji *Narušava odnos terapeuta i klijenta*.

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove prema praćenju procesa terapije i evaluaciji ishoda terapije psihologa i psihoterapeuta, odnosno utvrditi njihovu spremnost na korištenje standardiziranih instrumenata u svrhu uzimanja povratne informacije klijenata u terapiji. Ovim se istraživanjem htjelo utvrditi razlikuju li se stavovi prema praćenju i evaluaciji ishoda psihologa i psihoterapeuta s obzirom na psihoterapijski pravac, te utvrditi doprinos godina staža, broja trenutno aktivnih pacijenata/klijenata, završenu edukaciju za psihoterapeuta i prethodno iskustvo praćenja procesa i evaluacije ishoda u objašnjavanju istih.

U sklopu prvog problema nastojalo se utvrditi postoji li razlika u stavu prema evaluaciji ishoda i stavu prema praćenju procesa terapije psihologa i psihoterapeuta s obzirom na psihoterapijski pravac. Dobiveno je da psiholozi i psihoterapeuti kognitivno-bihevioralnog teorijskog usmjerenja imaju pozitivnije stavove prema evaluaciji ishoda naspram psihologa i psihoterapeuta geštalt usmjerenja. Takav nalaz odgovara rezultatima prethodnih istraživanja prema kojima su terapeuti kognitivno-bihevioralnog usmjerenja pozitivnijeg stajališta od terapeuta humanističkog ili egzistencijalnog usmjerenja (Kaiser i sur., 2018; Ogles i Hatfield, 2004) kojima pripada i geštalt psihoterapijski pravac. Moguće objašnjenje nalaza pruža postojeća polarizacija unutar znanosti o psihoterapiji. Dvije su glavne, konceptualno različite, struje unutar psihoterapije. Jedna je nomološko-naturalističko-znanstveno-empirijsko-kvantitativna struja, kojoj pripada kognitivno-bihevioralna terapija, a druga je idiografska-humanistička-hermeneutička-kvalitativna, kojoj pripada geštalt terapija (Stephenson, 2015). Zahvaljujući različitoj filozofskoj i edukacijskoj pozadini te gledištu vezanom za evaluaciju ishoda i procjene klijenta općenito, postoje razlike u stavu prema standardiziranim mjerama evaluacije ishoda terapije između kognitivno-bihevioralnog usmjerenja te geštalt usmjerenja. Kognitivno-bihevioralno orijentirani terapeuti usmjereni su na simptome, ponašanje i vidljive konstrukte dok su geštalt orijentirani terapeuti orijentirani na uvid i teže mjerljive konstrukte (Hatfield i Ogles, 2004). Humanističko-egzistencijalno orijentiranim terapeutima, točnije geštaltistima, standardizirane mjere evaluacije ishoda predstavljaju kvantifikaciju terapije i redukcionizam na simptome i ponašanje te zanemarivanje subjektivnog iskustva i rasta klijenta (Kaiser, 2018). Štoviše, psiholozi i psihoterapeuti u sklopu otvorenog pitanja o prednostima i manama redovitog praćenja terapije, navode razloge koji se mogu povezati sa suprotnim vrijednostima u podlozi različitih teorijskih usmjerenja. Dio razloga koje navode protiv praćenja terapijskog procesa poklapaju se sa humanističko-egzistencijalističkim stajalištem, a to su: stavljanje prevelikog fokusa na proceduru praćenja umjesto na sam proces terapije,

robusnost mjera i nemogućnost da se promjena obuhvati cjelovito, umanjivanje onog „ljudskog“ u terapiji i mehanički pristup. Suprotno, razlozi koje sudionici navode kao prednost praćenja poklapaju se više sa kognitivno-bihevioralnim stajalištem, a oni su: bolji uvid u tok terapije i artikuliranje tema i ciljeva, struktura, odnosno organizacija i planiranje terapije i objektivnost. Kako bi mjere evaluacije ishoda odgovarale terapeutima različitih usmjerenja bitno ih je razvijati i prilagođavati različitim teorijskim orijentacijama, što ističe i mali dio sudionika, ali istovremeno potrebno je zadržati i određeni standard prikupljenih informacija radi njihove mogućnosti uspoređivanja.

Sukladno drugoj hipotezi, postavljenoj u okviru prvog problema, nalazi istraživanja ukazuju da ne postoji razlika u stavu prema praćenju procesa terapije između terapeuta različitih psihoterapijskih usmjerenja. Drugim riječima, nalaz je sukladan istraživanju Kaisera i suradnika (2018) te nije pronađena razlika u stavu prema praćenju procesa terapije između psihologa i psihoterapeuta kognitivno-bihevioralnog i geštalt usmjerenja. Praćenje procesa, odnosno redovito praćenje klijenata ili pacijenta u periodu između termina terapije ima kraću tradiciju od evaluacije ishoda terapije te je manje zahvatila psihologe i psihoterapeute, pogotovo one u Hrvatskoj gdje nije toliko razvijena praksa praćenja procesa terapije na dnevnoj bazi. Spomenuto može objasniti zašto nije pronađena razlika u stavu prema praćenju procesa među sudionicima različitog usmjerenja, dok u stavu prema evaluaciji ishoda je. Također, na slabiju zastupljenost praćenja procesa upućuju dobiveni rezultati kao i nalazi istraživanja Kaisera i suradnika (2018) koji su pokazali kako kliničari, psiholozi i psihoterapeuti, općenito imaju negativniji stav prema praćenju procesa nego prema evaluaciji ishoda. Nove tradicije, u ovom slučaju praćenje procesa terapije, u početku nailaze na otpor, no s prolaskom vremena i usvajanjem novih procedura sve više postaju dijelom uobičajene kliničke prakse i dio sustava (Trauer, 2006). S obzirom da je dobiveni rezultat mogući odraz trenutne nedovoljne upućenosti i saznanja o takvom načinu praćenja terapijskog procesa, potrebno je detaljnije ispitati praćenje procesa u budućnosti.

Štoviše, osim vrijednosti vezanih za teorijsku podlogu, koje potiču veću ili manju otvorenost psihologa i psihoterapeuta prema evaluaciji ishoda i praćenju terapije, odgovori sudionika na otvoreno pitanje o prednostima i nedostacima redovitog praćenja terapije, evaluacije ishoda i/ili praćenja procesa, ukazuju na to kako dio psihologa i psihoterapeuta smatra da je učestalo praćenje suviše, demotivirajuće za klijenta, dovodi do birokratizacije posla i narušava odnos terapeuta i klijenta. S druge strane, kao prednosti navode da praćenje terapijskog procesa može služiti kao poticaj klijentu na aktivnu suradnju, omogućavaju

vidljivost promjene samom klijentu te služi terapeutu kao povratna informacija koja mu omogućava praćenje vlastitog rada.

Drugi problem odnosio se na utvrđivanje povezanosti profesionalnih karakteristika te stavova prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa. Korelacijskom analizom pronađena je povezanost prethodnog iskustva te završene edukacije za psihoterapeuta sa stavom prema praćenju procesa te stavom prema evaluaciji ishoda. Sudionici koji su završili edukaciju za psihoterapeuta te sudionici s prethodnim iskustvom praćenja iskazivali su značajno pozitivnije stavove prema evaluaciji ishoda te praćenju procesa. Nalazi odgovaraju rezultatima dobivenim u istraživanju Edbrooke-Childs i suradnika (2014), koji ukazuju na pozitivniji stav prema uporabi standardiziranih mjera praćenja ishoda i primjeni dobivenih povratnih informacija kod onih kliničara koji su sudjelovali u treningu praktičnih vještina potrebnih za implementaciju mjera evaluacije ishoda u vlastitu praksu. Štoviše, pokazano je kako sudionici koji su pohađali trening u trajanju od tri dana u usporedbi sa onima koji su pohađali trening u trajanju jednog dana imaju još pozitivniji stav prema praćenju ishoda. Na općoj razini opravdano je reći kako adekvatan trening može poboljšati stavove psihologa i psihoterapeuta prema evaluaciji ishoda, te im pomoći da usvoje i pronađu mjesta u svojoj dnevnoj praksi za uzimanje povratne informacije (Edbrooke-Childs i sur., 2014). Dodatno, godine staža i broj trenutno aktivnih pacijenata/klijenata nisu pokazale značajnu povezanost sa stavom prema evaluaciji ishoda te stavom prema praćenju procesa. Navedeni rezultati suprotni su nalazima istraživanja Ryea i suradnika (2019) prema kojima su godine staža značajan prediktor korištenja mjera praćenja. Također, nalazi su suprotni onima Kaisera i suradnika (2018) koji ističu utrošak vremena kao jedan od glavnih razloga za nisku spremnost korištenja instrumenata za praćenje terapije, jer predstavljaju dodatan problem terapeutima koji su već preopterećeni količinom klijenata.

Treći problem odnosio se na ispitivanje doprinosa profesionalnih karakteristika, odnosno godina staža, broja trenutno aktivnih pacijenata ili klijenta, edukacije za psihoterapeuta te prethodnog iskustva evaluacije ishoda i/ili praćenja procesa terapije u objašnjavanju stavova evaluacije ishoda terapije i stavova praćenja procesa terapije. Pretpostavka da će profesionalne karakteristike značajno predviđati stavove o evaluaciji ishoda terapije i stavove prema praćenju procesa djelomično je potvrđena. Regresijskom analizom je pronađeno kako postoji kombinirani doprinos navedenih profesionalnih karakteristika u objašnjavanju stavova o evaluaciji ishoda te praćenju procesa terapije.

Nadalje, rezultati su pokazali kako je postojeće iskustvo korištenja standardiziranih mjera u svrhu praćenja jedini značajni prediktor pozitivnog stava prema evaluaciji ishoda i stava

prema praćenju procesa. Dobiveni rezultati odgovaraju nalazima Kaisera i suradnika (2018) koji su pronašli kako prethodno iskustvo s korištenjem standardiziranih instrumenata djeluje na stav prema evaluaciji ishoda i stav prema praćenju procesa, a efekt je umjeren u oba slučaja. Isto istraživanje je pokazalo postojanje interakcijskog efekta prethodnog iskustva i spola, odnosno muški kliničari s prethodnim iskustvom iskazivali su pozitivniji stav prema praćenju procesa od ženskih i muških kliničara bez prethodnog iskustva. Nadalje, iznenađujuće je kako se edukacija za psihoterapeuta nije pokazala kao značajan prediktor evaluacije ishoda i praćenja procesa, s obzirom da prema istraživanju Smitsa i suradnika (2014) edukacija za psihoterapeuta, značajno utječe na stav prema evaluaciji ishoda.

Usprkos tome što korelacijska analiza nije pokazala značajnu povezanost godina staža i broja trenutno aktivnih pacijenata/klijenata, uzevši u obzir postojeća istraživanja, obje su varijable uvrštene u regresijsku analizu. Dobiveni rezultati ipak su suprotni postojećim nalazima Ryea i suradnika (2019) koji su pokazali veću sklonost mlađih kliničara, s manje godina staža, prema korištenju standardiziranih mjera praćenja. Odnosno, varijabla godine staža, suprotno očekivanjima, nije se pokazala značajnim prediktorom. Nadalje, iako se broj trenutno aktivnih pacijenata pokazao kao značajan prediktor stava prema evaluaciji ishoda, radi se o supresor varijabli koja ne mjeri varijancu kriterija ali može promijeniti rezultate regresijske analize. Navedeno nije u skladu s nalazima dosadašnjih istraživanja. Rezultati su iznenađujući s obzirom da veće percipirano opterećenje predviđa manju uporabu standardiziranih instrumenata u evaluaciji ishoda terapije (Rye i sur., 2019). Kako su terapeuti s manjim brojem klijenata manje vremenski opterećeni, očekivalo bi se da će biti skloniji provođenju evaluacije ishoda te praćenja procesa. Nadalje, Smits i suradnici (2014) te Ogles i Hatfield (2004) pronašli su kako stav terapeuta ovisi o njihovom radnom okruženju, stoga je potrebno istražiti dalje koje su to okolnosti, čimbenici radnog okruženja, osim broja aktivnih klijenata, koji su potencijalno povezani sa stavom prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa te aktivno doprinose njegovom formiranju.

Nalazi ovog istraživanja ukazuju kako teoretsko usmjerenje, posebice kognitivno-bihevioralno u odnosu na humanističko-egzistencijalno usmjerenje, bitno razlikuje psihologe i psihoterapeute s obzirom na stav prema evaluaciji ishoda. Nadalje, pozitivniji stav prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa pokazuju sudionici s završenom edukacijom za psihoterapeuta te prethodnim iskustvom praćenja. Od četiri istraživane profesionalne karakteristike, prethodno iskustvo korištenja standardiziranih instrumenata u svrhu praćenja, evaluacije ishoda i/ili praćenja procesa, jedini je prediktor stava prema evaluaciji ishoda te stava

prema praćenju procesa, i pritom bolje predviđa stav prema evaluaciji ishoda. Budući da zbog razvoja interneta i aplikacija u svrhu dnevnog ili tjednog praćenja pacijenata i klijenata, te pozitivnog trenda traženja povratne informacije u terapiji, tu vezu potrebno je dalje istražiti. Nisu sve hipoteze potvrđene, te naši nalazi ne potvrđuju u potpunosti nalaze postojećih istraživanja ali pružaju nove spoznaje koje mogu poslužiti kao polazište daljnjim istraživanjima.

Metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja

Provedeno istraživanje ima nedostatke i ograničenja koja su mogla utjecati na rezultate i stoga ih je važno spomenuti. Prikupljanje podataka odvijalo se *online* putem, čime gubimo kontrolu nad načinom ispunjavanja upitnika te onemogućava pružanje objašnjenja u slučaju nejasnoća vezano uz pojedine čestice ili za njegovo rješavanje što može utjecati na kvalitetu dobivenih rezultata. U istraživanju je korišten neprobabilistički prigodni uzorak, što dovodi u pitanje reprezentativnost rezultata i onemogućava generalizaciju na populaciju. U uzorku prevladavaju sudionici ženskog spola, što je onemogućilo provjeru razlika u stavu prema evaluaciji ishoda i praćenja terapije s obzirom na spol. Prisutna je neujednačenost sudionika s obzirom na zanimanje te radno mjesto, odnosno najviše sudionika završilo je psihologiju te radi u privatnoj praksi. Istaknuti problem je i preklapanje psihologa i licenciranih psihoterapeuta u uzorku, što onemogućava izolaciju utjecaja edukacije za psihoterapeuta na stav prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa te provjeru nalaza dosadašnjih istraživanja koja su pokazala postojanje efekta. Također, problematična je i veličina sakupljenog uzorka. Buduća istraživanja trebala bi koristiti probabilistički uzorak, s ravnomjerno zastupljenim sudionicima s obzirom na spol, zanimanje i radno mjesto te bi bilo poželjno replicirati rezultate na većem uzorku.

Buduća istraživanja mogla bi uključiti pitanje o tome nalaze li se sudionici trenutno u edukaciji za psihoterapeuta te koja su godina edukacije što je mogući važni podatak koji utječe na pozitivniji ili negativniji stav prema redovitom praćenju terapije. Također, pitanje vezano uz broj aktivnih pacijenta ili klijenata te definicija varijable evaluacije ishoda u budućim bi se istraživanjima moglo jasnije odrediti. Nadalje, bilo bi korisno točnije odrediti komponente radnog mjesta i dovesti ih u vezu sa stavom prema praćenju terapije.

Potrebno je istaknuti da je većina istraživanja vezana za uzimanje povratne informacije pacijenata i klijenata u terapiji provedena u zemljama u kojima su psihološko savjetovanje i psihoterapija dio primarnog zdravstva te je veći pritisak da se ostvare uvjeti, odnosno pruži dokaz o njihovoj učinkovitosti te provode istraživanja na temu (Burgess i sur., 2015; Essock i

sur., 2015; McDonald i Fugard, 2015; Puschner i sur., 2015). Buduća istraživanja trebala bi detaljnije istražiti kakvu ulogu ima manjak direktive od strane nadležnih tijela u Republici Hrvatskoj na prikupljanje povratne informacije. Također, s obzirom na Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030. (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022) buduća istraživanja bi se mogla baviti eventualnim promjenama na tom području.

Praktične implikacije istraživanja

Neovisno o postojećim ograničenjima i nedostacima, rezultati ovog istraživanja ukazuju na važnost prethodnog iskustva. Štoviše, nalaz provedene regresijske analize indirektno ukazuje na moguću korist adekvatnih treninga i edukacije o dostupnim standardiziranim instrumentima za evaluaciju ishoda i praćenje procesa, znanstvenom i kliničkom značaju uporabe tih instrumenata te praktičnim savjetima kada i kako implementirati praćenje terapije u praksi. Prethodno iskustvo, koje se može omogućiti kroz edukacijski proces, doprinosi pozitivnom stavu psihologa i psihoterapeuta prema praćenju terapije (Edbrook-Childs i sur., 2014; Kaiser i sur., 2018). Dodatno, nalazi ukazuju na razlike u stavu prema praćenju terapije između psihologa i psihoterapeuta sa različitim teorijskim usmjerenjem u podlozi, te negativnu vezu određenih vrijednosti humanističko-egzistencijalističkog usmjerenja s postupkom i procedurom evaluacije ishoda i praćenja procesa. Takva negativna veza predstavlja potencijalni problem nadziranja učinkovitosti određenih vrsta terapije. Štoviše, s obzirom na istraživanja koja idu u prilog objektivnog nadziranja terapije, zbog subjektivnosti terapeuta i precjenjivanja pozitivnih ishoda i/ili stope odustajanja i pogoršanja tokom terapije (Hannan i sur., 2005; Lambert i sur., 2001; Swift i Greenberg, 2012) povratna informacija omogućila bi temelje za rad na sprječavanju ili umanjivanju preranih odlazaka iz terapije te posljedično nezadovoljstvo klijenata i terapeuta. Kako bi se pristup praćenja prilagodio psiholozima i terapeutima različitih teorijskim usmjerenja potrebno je dublje istražiti razloge za i protiv praćenje terapije koji olakšavaju ili ometaju proceduru evaluacije ishoda i praćenja procesa.

Zaključak

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati stavove psihologa i psihoterapeuta prema evaluaciji ishoda i praćenju procesa terapije.

Utvrđena je razlika u stavu prema evaluaciji ishoda s obzirom na psihoterapijski pravac, odnosno teorijsko usmjerenje. Psiholozi i psihoterapeuti kognitivno-bihevioralnog usmjerenja pozitivnijeg su stava prema korištenju standardiziranih mjera u svrhu evaluacije ishoda u odnosu na psihologe i psihoterapeute geštalt usmjerenja. Pokazalo se kako se razlozi, prednosti i nedostaci koje sudionici navode za praćenje procesa i/ili ishoda terapije, mogu idejno podijeliti, odnosno kategorizirane prednosti više odražavaju kognitivno-bihevioralnu orijentaciju, potrebu za strukturom i objektivnim pokazateljima napretka ili nazadovanja, dok nedostaci odražavaju geštalt poziciju, te se preprekama smatraju usredotočenost na proceduru umjesto na proces, mehanički pristup.

Nastojala se utvrditi povezanost i doprinos profesionalnih karakteristika stavovima evaluacije ishoda terapije i stavovima praćenja procesa terapije. Utvrđena je povezanost prethodnog iskustva u praćenju terapije i edukacije za psihoterapeuta sa stavovima prema evaluaciji ishoda te stavovima prema praćenju procesa terapije. Psiholozi i psihoterapeuti koji su završili edukaciju za psihoterapeuta te sudionici s prethodnim iskustvom korištenja instrumenata u svrhu praćenja terapije iskazivali su značajno pozitivnije stavove prema evaluaciji ishoda te praćenju procesa.

Regresijska analiza pokazala je da postoji značajni kombinirani doprinos profesionalnih karakteristika u objašnjavanju stava prema evaluaciji ishoda i stava prema praćenju procesa. Godina staža, broja trenutno aktivnih pacijenata ili klijenta, edukacije za psihoterapeuta te prethodno iskustvo evaluacije ishoda i/ili praćenja procesa terapije objašnjavaju 24,6% varijance stava psihologa i psihoterapeuta prema evaluaciji ishoda i 19,4% varijance stava prema praćenju procesa. Prethodno iskustvo pokazalo se kao značajni prediktor stava prema evaluaciji ishoda te stava prema praćenju procesa terapije i doprinosi pozitivnom stavu psihologa i psihoterapeuta prema praćenju terapije

Postojeće prethodno iskustvo u primjeni instrumenata u svrhu praćenja terapije psihologa i psihoterapeuta, koje se stiče kroz rad ili edukaciju i trening, ima značajan doprinos u formiranju stava prema praćenju procesa i evaluaciji ishoda i temelj je poticanja usvajanja sukladnih ponašanja i njihova provođenja u praksi.

Literatura

- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314–324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- American Psychological Association (APA) Div.12 (Society of Clinical Psychology). (2017, srpanj). *Different approaches to psychotherapy?* <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/approaches>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., i Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(2), 247–267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burgess, P., Pirkis, J., i Coombs, T. (2015). Routine outcome measurement in Australia. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(4), 264–275. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.977234>
- DeFife, J. A., Conklin, C. Z., Smith, J. M., i Poole, J. (2010). Psychotherapy appointment no-shows: rates and reasons. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(3), 413–417. <https://doi.org/10.1037/a0021168>
- Different approaches to psychotherapy?* (2009, 12 prosinca). American Psychological Association (APA). <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/approaches>
- Eccles, M. P., Hrisos, S., Francis, J., Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., i Johnston, M. (2006). Do self-reported intentions predict clinicians' behaviour: a systematic review. *Implementation science : IS*, 1, 28. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-28>
- Edbrooke-Childs, J., Wolpert, M., i Deighton, J. (2016). Using Patient Reported Outcome Measures to Improve Service Effectiveness (UPROMISE): Training clinicians to Use Outcome Measures in Child Mental Health. *Administration and policy in mental health*, 43(3), 302–308. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0600-2>
- Elliott R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>

- Essock, S. M., Olfson, M., i Hogan, M. F. (2015). Current practices for measuring mental health outcomes in the USA: International overview of routine outcome measures in mental health. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(4), 296–305. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1014314>
- Frayn, D. H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, 46(2), 250–261. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1992.46.2.250>
- Gelo, O. C. G., Pritz, A., i Rieken, B. (2015). *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome*. Springer-Verlag Publishing/Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- Gold, C. (2015). Quantitative psychotherapy outcome research: Methodological issues. U O. C. G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (ur.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 537–558). Springer-Verlag Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_26
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., i Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hansen, N.B., Lambert, M.J., i Forman, E.M. (2006). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology-science and Practice*, 9, 329-343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hatchett, G. T., Han, K., i Cooker, P. G. (2002). Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*, 9(2), 156-163. <https://doi.org/10.1177/10791102009002006>
- Hatchett, G. T., i Park, H. L. (2003). Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Hatfield, D. R., i Ogles, B. M. (2004). The Use of Outcome Measures by Psychologists in Clinical Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 485–491. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.485>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., i Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>

- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2017, veljača). *Rezultat postupka savjetovanja sa zainteresiranim javnošću u procesu donošenja Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju specifične zdravstvene zaštite – sažetak primjedbi i prijedloga*. <https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2017/02/Odluka-o-osnovama-za-sklapanje-ugovora-o-provo%C4%91enju-specifi%C4%8Dne-zdravstvene-za%C5%A1ti.pdf>
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., i Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80002-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80002-7)
- Jokić-Begić, N., Lauri Korajlija, A., Jurin, T. i Evans, C. (2014). Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika. *Psihologijske teme*, 23 (2), 265-288. <https://hrcak.srce.hr/125093>
- Kaiser, T., i Laireiter, A.-R. (2019). Daily dynamic assessment and modelling of intersession processes in ambulatory psychotherapy: A proof of concept study. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1062–1073. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497213>
- Kaiser, T., Schmutzhart, L., i Laireiter, A. R. (2018). Attitudes of Austrian Psychotherapists Towards Process and Outcome Monitoring. *Administration and policy in mental health*, 45(5), 765–779. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0862-1>
- Kazdin A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., i Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(4), 702–710. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085556>
- Kopta, S. M., Lueger, R. J., Saunders, S. M., i Howard, K. I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: challenges leading to greater turmoil or a positive transition?. *Annual review of psychology*, 50, 441–469. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.441>
- Krishnamurthy, P., Khare, A., Klenck, S.C. i Norton, P.J. (2015), Survival Modeling of Discontinuation From Psychotherapy: A Consumer Decision-Making Perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 199-207. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jclp.22122>

- Lambert, M. J., Hansen, N. B., i Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159–172. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.159>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Leichsenring, F., Sarrar, L., i Steinert, C. (2019). Drop-outs in psychotherapy: a change of perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 32–33. <https://doi.org/10.1002/wps.20588>
- Llewelyn, S., i Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *The British journal of clinical psychology*, 40(1), 1–21. <https://doi.org/10.1348/014466501163436>
- Longo, D. A., Lent, R. W., i Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 447–452. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.39.4.447>
- Macdonald, A. J., i Fugard, A. J. (2015). Routine mental health outcome measurement in the UK. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(4), 306–319. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1015505>
- Maling, M., Gurtman, M., i Howard, K. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy research*, 5(1), 63–75. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.8.3.241>
- Martin, D. J., Garske, J. P., i Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438–450. DOI:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2022, studeni). *Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030*. <https://zdravstvo.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/nacionalne-strategije/1522>
- Nelson-Jones, R. (2007). *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju*. Naklada Slap.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., i Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard review of psychiatry*, 13(2), 57–70. <https://doi.org/10.1080/10673220590956429>

- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) and European Union (EU) (2018, studeni 22). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) and European Union (EU) (2020, studeni 19). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en
- Pantić, I. (2014). Online social networking and mental health. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 17(10), 652–657. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0070>
- Petz, M., Kolesarić, V. i Ivanec, D. (2012). *Petzova statistika – osnovne statističke metode za nematematičare*. Naklada Slap.
- Puschner, B., Becker, T., i Bauer, S. (2015). Routine outcome measures in Germany. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(4), 329–337. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1014025>
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., i Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome?. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 46(4), 418–431. <https://doi.org/10.1037/a0017901>
- Roseborough, D. J., McLeod, J. T., i Wright, F. I. (2016). Attrition in psychotherapy: A survival analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 803–815. <https://doi.org/10.1177/1049731515569073>
- Rye, M., Rognmo, K., Aarons, G. A., i Skre, I. (2019). Attitudes towards the use of routine outcome monitoring of psychological therapies among mental health providers: The EBPAS–ROM. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(6), 833–846. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00968-5>
- Schiepek, G. K., Stöger-Schmidinger, B., Aichhorn, W., Schöllner, H., i Aas, B. (2016). Systemic Case Formulation, Individualized Process Monitoring, and State Dynamics in a Case of Dissociative Identity Disorder. *Frontiers in psychology*, 7, 1545. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01545>
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Kronberger, H., Aichhorn, W., Kratzer, L., Heinz, P., Viol, K., Lichtwarck-Aschoff, A., i Schöllner, H. (2019). The Therapy Process Questionnaire - Factor analysis and psychometric properties of a multidimensional self-rating scale for high-frequency monitoring of psychotherapeutic processes. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(5), 586–602. <https://doi.org/10.1002/cpp.2384>

- Smits, D. F., Claes, L., Stinckens, N., i Smits, D. J. M. (2014). Clinicians' attitudes towards outcome and process monitoring: A validation of the Outcome Measurement Questionnaire. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 634–641. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0597-6>
- Stephenson, T. (2015). Interpretation as a Cognitive Instrument: Psychotherapy Science as an Attempt to Pool Paradigm-Based Systems of Interpretation. U O. C. G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (ur.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (str. 117-147). Springer, Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_6
- Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S. M., Minami, T., i Saunders, S. M. (2013). Dose–effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter?. *Journal of counseling psychology*, 60(4), 593-600. <https://doi.org/10.1037/a0033589>
- Swift, J. K., Callahan, J., i Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 328–335. <https://doi.org/10.1037/a0017003>
- Swift, J. K., i Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L., i Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 379–387. <https://doi.org/10.1037/a0028291>
- Štimac Grbić, D. (2022). Zašto je duševno zdravlje vodeći izazov zdravlja u Hrvatskoj danas?. *Epoha zdravlja*, 15 (1), 4-6. <https://hrcak.srce.hr/280610>
- Tiemens, B., Kloos, M., Spijker, J., Ingenhoven, T., Kampman, M., i Hendriks, G. J. (2019). Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course; a naturalistic cohort study. *BMC psychiatry*, 19(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2214-4>
- Todd, D. M., Deane, F. P., i Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminary validation. *Journal of clinical psychology*, 59(1), 133–147. <https://doi.org/10.1002/jclp.10123>
- Tomljenović, B. (2018, srpanj 10). *Mjerenje ishoda psihoterapije – osobno iskustvo i zaključci o mogućoj ulozi buduće psihoterapijske komore*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/mjerenje-ishoda-psihoterapije-osobno-iskustvo-i-o-tomljenovi%C4%87/>

- Trauer, T., Callaly, T., i Herrman, H. (2009). Attitudes of mental health staff to routine outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 18(4), 288-297. <https://doi.org/10.1080/09638230701879177>
- Trauer, T., Gill, L., Pedwell, G., i Slattery, P. (2006). Routine outcome measurement in public mental health--what do clinicians think?. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 30(2), 144-147. <https://doi.org/10.1071/ah060144>
- Vlada Republike Hrvatske (2022, prosinac 09). *Prijedlog zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Hrvatski sabor. https://www.sabor.hr/sites/default/files/uploads/sabor/2023-03-09/163701/PZE_433.pdf
- Vukušić Rukavina, T. (2022). Izazovi mentalnog zdravlja u Hrvatskoj danas. *Epoha zdravlja*, 15 (1), 6-8. <https://hrcak.srce.hr/280611>
- Može li se ići psihologu preko HZZO-a?* (2013, 10 srpnja). Tportal. https://www.tportal.hr/lifestyle/clanak/moze-li-se-ici-psihologu-preko-hzzo-a-20131010?meta_refresh=1