

JADWIGA M. RAKOWSKA

UŻYTECZNOŚĆ KLINICZNA  
INTERWENCJI PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH  
WSPARTYCH EMPIRYCZNIE  
– PODSUMOWANIE DYSKUSJI

Dziękuję wszystkim Autorom za udział w dyskusji dotyczącej użyteczności klinicznej badań nad skutecznością psychoterapii. Uwagi i refleksje zaproszonych do dyskusji ekspertów w dziedzinie psychoterapii lub metodologii badań wskazują na problemy związane z tego typu badaniami oraz na sposoby pełniejszego wykorzystania potencjału takich badań. Moja odpowiedź będzie miała charakter zarazem podsumowania, jak i głosu w dyskusji, który nawiązuje do komentarzy Dyskutantów.

Termin „interwencja psychoterapeutyczna”, którego będę używać, oznacza zestaw technik psychoterapeutycznych charakterystyczny dla specyficznej orientacji teoretycznej psychoterapii. Termin „psychoterapia”, szerszy znaczeniowo, jest używany na określenie różnych oddziaływań psychologicznych i różnych orientacji teoretycznych – łącznie.

PRAKTYKA KLINICZNA  
OPARTA NA DOWODACH NAUKOWYCH

Autorzy (Józefik, Jankowski) wprowadzają do dyskusji wątek, który jest pokrewny zagadnieniu użyteczności klinicznej interwencji wspartych empirycznie i użyteczności badania indywidualnego przypadku. Jest nim paradygmat uprawia-

nia szeroko pojętej praktyki klinicznej, określane mianem praktyki opartej na dowodach naukowych.

Współczesny model medycyny opartej na dowodach naukowych kieruje postępowaniem klinicysty w dziedzinie zdrowia psychicznego, łącząc wartości pacjenta, wiedzę kliniczną i wyniki badań, które są istotne z punktu widzenia pacjenta. Opierając się na takim modelu, klinicysta korzysta z różnych źródeł informacji, uwzględniając badania ilościowe, jakościowe i studium przypadku (Józefik). Pozwala to uniknąć konieczności wyboru między opieraniem praktyki na wynikach badań uzyskanych z użyciem metod idiograficznych lub nomotetycznych. W obrębie tego nurtu sytuują się wyniki badań weryfikujących skuteczność interwencji psychologicznych i badania indywidualnego pacjenta, wobec którego interwencja jest stosowana, jak i ocena wartości pacjenta (Jankowski).

Praktyka uwzględniająca dowody naukowe opiera się na trzech komponentach: (1) najlepszych dowodach naukowych, (2) klinicznej wiedzy i (3) wartościach pacjenta (*Institute of Medicine*, 2001). Te trzy składniki leżą u podstaw decyzji klinicysty dotyczących pacjenta. Innymi słowy, ocena kliniczna opiera się na wiedzy empirycznej i klinicznej oraz praktycznym doświadczeniu i umiejętnościach, które klinicysta wykorzystuje, kiedy stara się zrozumieć pacjenta, rozpoznać jego potrzeby i pomóc mu rozwiązać trudności. Jej zasadą jest branie pod uwagę wszelkich dostępnych wyników badań, które są istotne z punktu widzenia indywidualnego pacjenta. Ta zasada dopuszcza przyjmowanie – jako podstawy decyzji podejmowanych wobec pacjenta – wyników badań przeprowadzonych z użyciem mniej rygorystycznej pod względem metodologicznym metody (APA Presidential Task Force on Evidence – Based Practice, 2006), niż metoda użyta do badania interwencji wspartych empirycznie. Dlatego jako paradygmat uprawiania praktyki klinicznej uwzględniającej wyniki badań jest uważana za mniej wymagającą i mniej kontrowersyjną w porównaniu z paradygmatem interwencji wspartych empirycznie. Tak rozumiana praktyka wymaga od klinicysty stałego modyfikowania podejścia, aby zaspokoić potrzeby pacjenta, a także kierowania się przy tym dostępnymi wynikami badań i wiedzą kliniczną. Należy dodać, że wiedza z badań powinna być aplikowana w trzech dziedzinach praktyki: diagnozy, rokowania i interwencji (Sackett i in., 1997).

Idea praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych znajduje zwolenników wśród praktyków zajmujących się zdrowiem psychicznym. Psychologowie praktycy podzielili się na tych, którzy preferują ideę praktyki opartej na dowodach naukowych, i na tych, którzy popierają ideę psychologicznych interwencji wspartych empirycznie (DeAngelis, 2005). Praktycy stowarzyszeni w organiza-

cjach zawodowych definiują zasady szczegółowe dostosowane do specyfiki zawodu. Przed psychologami także stoi takie zadanie (Lewant, Hasan, 2008).

#### PSYCHOTERAPIA I WSPOMAGANIE ROZWOJU: ZABURZENIA PSYCHICZNE I PROBLEMY ŻYCIOWE

W dyskusji pojawiły dwa podejścia określające, co jest przedmiotem oddziaływań psychoterapii i co powinno być poddawane badaniom nad jej skutecznością. Pierwsze stanowisko uznaje, że przedmiotem psychoterapii są zaburzenia psychiczne, ponieważ reprezentują jakość odrębną od zdrowia i jako takie powinny być od zdrowia oddzielone (Aleksandrowicz). Drugie natomiast przyjmuje, że zaburzenia psychiczne i zdrowie, chociaż odrębne, są jednak nierozłączne; zdrowie definiuje się przez brak zaburzeń i obecność dobrostanu (Trzebińska). Konsekwencją pierwszego stanowiska jest potrzeba oddzielenia leczenia zaburzeń psychicznych od wspomagania rozwoju, a w badaniach nad skutecznością oddziaływań psychoterapeutycznych stosowania wyłącznie narzędzi pomiaru mierzących objawy zaburzeń (Aleksandrowicz). Zgodnie z drugim stanowiskiem, zadaniem psychoterapii jest leczenie zaburzeń psychicznych oraz wspomaganie rozwoju, a w badaniach nad skutecznością oddziaływań psychoterapeutycznych powinien być stosowany pomiar objawów zaburzeń, jak i wskaźników dobrostanu (Trzebińska).

Istnieją różnice dotyczące koncepcji i metodologii badań różnych oddziaływań psychologicznych określanych wspólnym mianem psychoterapii. Termin „psychoterapia” obejmuje oddziaływania psychologiczne różniące się założeniami teoretycznymi odnoszącymi się do czynników leczących oraz stosowanymi procedurami. Jest używany na określenie metod psychologicznych (1) leczenia zaburzeń psychicznych i osobowości u dorosłych oraz zaburzeń psychicznych i zachowania u dzieci i młodzieży, (2) poprawiania relacji między małżonkami lub (3) rozwoju osobowości osób dorosłych. Definicja psychoterapii przyjmowana przez badaczy mówi, że istotą psychoterapii jest: „świadome i planowe zastosowanie technik wywodzących się z powszechnie uznanych zasad psychologicznych przez terapeutę wykwalifikowanego drogą szkolenia i doświadczenia w tym, aby rozumieć te zasady i stosować te techniki, z intencją pomagania ludziom w modyfikowaniu osobistych cech, takich jak uczucia, wartości, postawy i zachowania, które są oceniane jako nieprzystosowane” (Meltzoff, Kornreich, 1970, s. 6). Uzyskiwanie korzyści z psychoterapii jest wyjaśniane za pomocą zapożyczonej z medycyny koncepcji działania leków i efektu placebo (Rakowska,

2010). Techniki psychoterapeutyczne, tak jak leki, zawierają specyficzne czynniki, które powodują u pacjentów specyficzne skutki. Czynniki niespecyficzne natomiast, jak np. wiara, że zostało zastosowane skuteczne leczenie, lub osobisty wpływ terapeuty, przyczyniają się do skuteczności technik psychoterapeutycznych. Badacze przyjmujący takie rozumienie psychoterapii prowadzą badania nad skutecznością technik psychoterapeutycznych – w taki sposób, jak prowadzi się badania nad skutecznością leków – i wielkością redukcji objawów w zakresie specyficznych zaburzeń psychicznych lub osobowości w przypadku dorosłych oraz zaburzeń psychicznych lub zachowania u dzieci i młodzieży. Badacze informują praktyków, jaki pakiet technik (wywiedzionych z zasad teorii psychoanalitycznej, poznawczej, behawioralnej w przypadku dorosłych i – dodatkowo – systemowej w przypadku dzieci i młodzieży spowodował redukcję objawów większą niż brak oddziaływania lub pseudopsychoterapia czy inny pakiet technik. Psychoterapia małżeństw za cel oddziaływania uznaje poprawę relacji między małżonkami („produktem ubocznym” poprawy relacji może być poprawa w zakresie zaburzeń psychicznych u indywidualnych członków rodziny). Skuteczność oddziaływań jest mierzona zwiększeniem zadowolenia z małżeństwa (Rakowska, 2005). Badacze informują praktyków, jaki pakiet technik wywiedzionych z teorii systemowej, behawioralnej (z elementami teorii poznawczej), psychoanalitycznej i humanistycznej spowodował zwiększenie zadowolenia z relacji większe niż brak oddziaływania lub pseudopsychoterapia czy inny pakiet technik.

Wspomaganie rozwoju osobowości jako cel oddziaływań deklarują psychoterapeuci humanistyczni. Minimalizują oni rolę technik psychoterapeutycznych i odcinają się od medycznego modelu rozumienia psychoterapii i od medycznego modelu badań nad nią. W „Zalecanych zasadach i praktykach stosowania psychospołecznych, humanistycznych usług” (1997) stwierdzają: „Terapia humanistyczna jest odpowiednia dla osób, które formułują cele jako dążenie do głębszego osobistego rozwoju, a nie tylko jako usunięcie objawów. Jeśli klient jest zainteresowany usunięciem objawów i chce je osiągnąć za pomocą specyficznej, opartej na technikach i modelu medycznym terapii, która została zweryfikowana empirycznie dla tych objawów, terapeuta humanistyczny albo zastosuje tę terapię, jeśli ma odpowiednie kwalifikacje, albo odeśle klienta do innego specjalisty” (s. 19). Skuteczność własnych oddziaływań psychoterapeuci humanistyczni mierzą wzrostem spójności między Ja realnym i Ja idealnym, przystosowania, wewnętrznej kontroli i samorealizacji. Trzy badania kontrolowane dotyczą uzależnienia od narkotyków, skutków ubocznych raka i problemów małżeńskich (Rakowska, 2005). Badacze informują praktyków, jaki pakiet procedur spowodował redukcję tych problemów większą niż brak oddziaływania.

Z powyższych analiz wynikają następujące wnioski: (1) rozumienie psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń psychicznych wiąże się ze stosowaniem medycznego modelu badań nad jej skutecznością; (2) rozumienie psychoterapii jako metody rozwoju osobowości wiąże się ze stosowaniem niemedycznego modelu badań; (3) dla klarowności terminologicznej termin „psychoterapia” powinien być zarezerwowany dla leczenia zaburzeń. Pozycję pośrednią zajmuje psychoterapia pojmowana jako poprawianie relacji małżeńskiej. Może być rozumiana na dwa sposoby: albo jako pośrednie leczenie zaburzeń, albo jako niezależne od niego poprawianie relacji. Oddziaływania skoncentrowane na leczeniu zaburzeń psychicznych lub wspierające rozwój osobisty różnią się celami i przedmiotem oddziaływań, a nie różnią się stosowanymi technikami przeznaczonymi do spowodowania zmiany w funkcjonowaniu osoby. Na przykład interwencje kryzysowe, które są traktowane jako zapobieganie wystąpieniu zaburzeń psychicznych lub uczenie na przykład dzieci radzenia sobie ze stresem czy rodziców podczas rozwodu, jak pomagać dzieciom radzić sobie z rozwodem, posługują się tymi samymi technikami i tymi samymi teoriami, które są podstawą technik, którymi posługuje się psychoterapia rozumiana jako leczenie zaburzeń i jako wspomaganie rozwoju. Techniki psychoterapeutyczne wywiedzione z psychologicznych teorii służą dziedzinom wiedzy zajmującym się zjawiskami psychicznymi odbiegającymi od normy – psychologii klinicznej i psychopatologii (dysplinie wiedzy z pogranicza psychologii i medycyny) – jako praktyczne stosowanie tych teorii lub służą psychologii i medycynie jako dziedzinom wiedzy nie związanym z psychopatologią.

W praktyce podział na leczenie zaburzeń i rozwiązywanie problemów życiowych może się nie udać, gdyż pacjenci nie będą go respektować, z tego prostego powodu, że zaburzeniom towarzyszą problemy życiowe. Na przykład przejawianie depresji tworzy problemy w relacjach rodzinnych, w pracy, powoduje obniżenie jakości życia. Pacjenci w ramach terapii uczą się nowych racjonalnych przekonań o życiu, na przykład tego, że konflikty w relacjach są nieuchronne, że niemożliwe jest całkowite kontrolowanie zewnętrznych wydarzeń, że miłość jest związana z nienawiścią oraz że żałoba towarzyszy nieuchronnie zakończeniu każdej rozwojowej fazy dorosłego życia (Gobbard, 2005).

Spór koncepcyjny ma wymiar ekonomiczny. Można przewidywać, że płatnicy, którzy opłacają lub opłacać będą usługi psychologiczne w służbie zdrowia, zapłacą za krótką interwencję przeznaczoną do leczenia specyficznego zaburzenia psychicznego, ale nie zechcą płacić za usługi w zakresie rozwiązywania problemów życiowych.

TRAFNOŚĆ WEWNĘTRZNA I ZEWNĘTRZNA BADAŃ  
W WARUNKACH KONTROLOWANYCH LUB W WARUNKACH NATURALNYCH  
ORAZ RÓŻNE EFEKTY PSYCHOTERAPII: *EFFICACY* I *EFFICTIVENESS*

W dyskusji pojawiła się kwestia zasadności rozróżnienia na badania i efekty typu *efficacy* i *effectiveness*. Prawidłowości stwierdzone w warunkach kontrolowanych powinny występować też w warunkach naturalnych. Warunki kontrolowane i naturalne mają u podstaw różne sposoby badania i różne miary skuteczności (Paluchowski). Potrzeba rozróżnienia badań na badania typu *efficacy* i *effectiveness* budzi wątpliwości odnośnie do użytych w tych badaniach procedur badawczych (Aleksandrowicz).

Wnioski formułowane na podstawie wyników badań eksperymentalnych nad skutecznością interwencji psychologicznych mogą nie być reprezentatywne dla praktyki klinicznej, ponieważ warunki badań nie odzwierciedlają praktyki pod pewnymi względami. Na przykład, jeśli pacjent przedstawi kilka problemów, nie będzie przyjęty na terapię prowadzoną w warunkach badań, która koncentruje się na pojedynczym, ściśle określonym problemie klinicznym, a prawdopodobnie zostanie przyjęty przez praktyka reprezentującego praktykę kliniczną. Dlatego postuluje się, aby kontrolowane badania kliniczne zostały powtórzone w warunkach praktyki klinicznej, czyli w placówkach służby zdrowia lub w praktyce prywatnej, z użyciem tych samych miar skuteczności, którymi są miary objawów specyficznych zaburzeń. W jakim stopniu pomiary skuteczności psychoterapii w badaniach eksperymentalnych podsumowane w metaanalizach odzwierciedlają efektywność psychoterapii stosowanej w warunkach praktyki klinicznej?

Podsumowano w metaanalizie wyniki uzyskane w dziewięciu badaniach klinicznych nad dziećmi i młodzieżą przeprowadzonych w warunkach naturalnych i porównano uzyskany wynik z wynikami, które podają metaanalizy sumujące wyniki badań kontrolowanych nad dziećmi i młodzieżą (Weisz, Weiss, Bonenberg, 1992 – za: Rakowska, 2005). Stwierdzono, że efektywność psychoterapii w badaniach kontrolowanych nad dziećmi i młodzieżą jest wyższa niż efektywność w warunkach naturalnych. Aby wyjaśnić przyczyny zróżnicowania rezultatów uzyskanych w leczeniu prowadzonym w warunkach badań kontrolowanych i w warunkach naturalnych, porównano warunki badań kontrolowanych nad dziećmi i młodzieżą z warunkami naturalnymi praktyki klinicznej (Weisz, 1995 – za: Rakowska, 2005).

Warunki badań kontrolowanych charakteryzują się tym, że (1) pacjenci zgłaszają się z własnej woli; (2) grupy pacjentów są homogeniczne pod względem rodzaju zaburzeń, w związku z czym terapia koncentruje się na wąskim zakresie

problemów lub na pojedynczym problemie; (3) leczenie odbywa się w klinice uniwersyteckiej lub w szkole; (4) prowadzący psychoterapię są szkoleni w metodzie psychoterapii, którą następnie stosują na użytek badań; (5) terapeuci prowadzą psychoterapię niewielkiej liczby pacjentów; (6) metoda leczenia jest zaplanowana, ustrukturowana, ujęta w formie podręcznika; (7) zachowanie terapeuty podczas terapii jest kontrolowane; (8) stosuje się metody behawioralne, np. wzmocnienia, wytworzenie reakcji przeciwstawnej, modelowanie oraz terapię poznawczo-behawioralną.

Terapia prowadzona w warunkach naturalnych jest odmienna w następujących wymiarach: (1) pacjenci są kierowani na terapię, niektórzy nawet są zmuszeni do zgłoszenia się; (2) grupy pacjentów są heterogeniczne pod względem rodzaju zaburzeń, co oznacza, że terapia koncentruje się na szerokim zakresie problemów; (3) leczenie odbywa się w szpitalu lub poradni; (4) terapię prowadzą profesjonaliści, to jest osoby, dla których psychoterapia jest stałym zajęciem; (5) terapeuci mają wielu pacjentów; (6) terapeuci nie są specjalnie szkoleni do prowadzenia psychoterapii określonego problemu; (7) terapeuci posługują się metodą terapeutyczną elastycznie, nie stosują jej według zasad podręcznika; (8) zachowanie terapeuty podczas prowadzenia terapii w niewielkim stopniu jest kontrolowane; (9) stosowane są metody psychoterapii oparte na relacji i wglądzie, np. psychodynamiczne lub eklektyczne.

Z użyciem metaanalizy badano, które z czynników różnicujących terapię prowadzoną w warunkach naturalnych i w warunkach kontrolowanych są związane z lepszymi wynikami. Wyodrębniono dwa takie czynniki w znaczący sposób związane z lepszymi efektami leczenia. Po pierwsze, stosowanie metod behawioralnych było skuteczniejsze w porównaniu z używaniem psychoterapii opartej na relacji i wglądzie. Po drugie, pacjenci z prostymi, jednorodnymi zaburzeniami osiągnęli lepsze rezultaty niż ci z zaburzeniami złożonymi. Pierwszy wniosek sugeruje, że leczenie kliniczne dzieci i młodzieży mogłoby być bardziej efektywne, gdyby wprowadzono do niego metody behawioralne. Z kolei drugi sugeruje, że nawet używanie metod behawioralnych byłoby mniej efektywne w leczeniu dzieci i młodzieży ze złożonymi zaburzeniami – w porównaniu z leczeniem dzieci i młodzieży z prostymi zaburzeniami – badanymi w warunkach kontrolowanych. Współwystępowanie zaburzeń u dzieci i młodzieży sprawia, że psychoterapia jest mniej efektywna (Rakowska, 2005). Problem niereprezentatywnych prób nie należy do przeszłości. Kwalifikując do badań nad efektywnością psychoterapii dzieci i młodzieży z depresją, odrzucono 85% potencjalnych badanych z powodu współwystępującego zaburzenia (March i in., 2004).

Jak wiernie warunki badań kontrolowanych nad dorosłymi odtwarzają warunki naturalne? Terapeuci uczestniczący w badaniach kontrolowanych w zakresie metody, której się uczą, uzyskują poziom szkolenia i superwizji nieosiągalny dla przeciętnej praktyki. Większość badań nad dorosłymi obejmuje próby pacjentów z jednorodną diagnozą kliniczną. Leczenie w takim przypadku jest łatwiejsze i łatwiej jest osiągnąć dobre efekty leczenia. Dwie trzecie pacjentów z depresją, zaburzeniami paniki i lękiem uogólnionym zostało odrzuconych z badań kontrolowanych z powodu współwystępującego zaburzenia (Westen, Morrison, 2001). Porównanie cech zaburzeń pacjentów ambulatoryjnych leczonych w warunkach naturalnych i cech pacjentów leczonych w warunkach badań kontrolowanych (dokumentacja chorych i kryteria przyjmowania do badań) pokazuje, że próby używane w badaniach reprezentują pacjentów z jednorodnymi zaburzeniami o wysokim poziomie ich nasilenia, natomiast w praktyce klinicznej leczeni są pacjenci z jednorodnymi zaburzeniami o łagodnym poziomie nasilenia oraz pacjenci z zaburzeniami złożonymi (Stirman, DeRubeis, Brody, 2003 – za: Rakowska, 2005). W tej próbie 64% przypadków leczonych w praktyce ma złożone diagnozy. Z badania ankietowego wynika, że 70% pacjentów z zaburzeniami odżywiania, leczonych przez praktyków, ma przynajmniej jeden współwystępujący problem, np. nadużywanie alkoholu lub problemy związane z nadużyciami seksualnymi (Haas, Clopton, 2003 – za: Rakowska, 2005). Z badań wiadomo, że współwystępowanie zaburzeń wiąże się albo z gorszą efektywnością psychoterapii albo z jej brakiem (Rakowska, 2005). Z drugiej jednak strony zdarzało się, że badania obejmowały próby pacjentów podobne do spotykanych w praktyce klinicznej. Na przykład większość badań nad depresją obejmowała także pacjentów, u których współwystępowały zaburzenia osobowości, lękowe, ale nie schizofrenia, podczas gdy większość badań nad schizofrenią obejmowała także pacjentów ze współwystępującą depresją (Rakowska, 2005). Ponadto metaanaliza (Wampold, 2001) porównująca efekty badań kontrolowanych i w warunkach naturalnych nad dorosłymi nie wykazuje różnic między psychoterapią w warunkach kontrolowanych i w warunkach naturalnych w zakresie osiąganych przez pacjentów efektów.

Przyjmując Brzezińskiego (1996) definicję trafności wewnętrznej badań można stwierdzić, że kontrolowane badania kliniczne nad skutecznością interwencji psychologicznych w leczeniu określonych zaburzeń psychicznych są trafne wewnętrznie, ponieważ „badanie trafne wewnętrznie stwarza możliwość uzyskania potwierdzenia hipotezy, jeżeli jest ona prawdziwa, i jej odrzucenia, jeżeli jest ona fałszywa” (s. 67-68). Na tej samej podstawie można stwierdzić, że badania te mają ograniczoną trafność zewnętrzną, ponieważ – zgodnie z definicją



Brzezińskiego – „trafność zewnętrzna planu związana jest z pytaniem o zakres wniosków, które badacz sformułował na podstawie wyników” (s. 318). Oznacza to, że badania kontrolowane nad skutecznością interwencji psychologicznych w leczeniu określonych zaburzeń psychicznych trafnie wykazują relację przyczynową między badaną interwencją psychologiczną a jej efektem w grupie osób z badanym jednorodnym zaburzeniem, a ich wnioski dotyczą tych wybranych, jednorodnych zaburzeń psychicznych. Wnioski tych badań natomiast nie odnoszą się do skuteczności interwencji psychologicznych w leczeniu niejednorodnych zaburzeń, z jakimi ludzie często zgłaszają się do leczenia w warunkach naturalnych praktyki klinicznej.

#### BADANIA NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII A OCHRONA INTERESÓW PŁATNIKÓW

Dyskusja wyłania kwestię pragmatycznej funkcji badań nad skutecznością określonych interwencji psychoterapeutycznych przeznaczonych dla specyficznych zaburzeń. Praktyczne wykorzystywanie informacji, jakich dostarczają badania nad skutecznością psychoterapii, polega głównie na przekonywaniu instytucji ubezpieczeniowych o zasadności refundowania świadczeń za interwencje psychologiczne, które mogą się legitymować udowodnioną skutecznością (Aleksandrowicz). Rodzaje stosowanych w praktyce terapii będą zależały od empirycznej oceny ich skuteczności, dlatego że płatnicy będą gotowi płacić za psychoterapię skuteczną (Czabała). Potwierdzenia skuteczności psychoterapii będą wymagali świadomi konsumenci usług psychologicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia i towarzystwa ubezpieczeniowe (Paluchowski).

Upowszechnianie wyników badań w postaci list interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie ma chronić interesy płatników: odpowiednich organizacji w państwowej służbie zdrowia, jak również płatników indywidualnych korzystających z praktyki prywatnej. Badania te spełniają oczekiwania organizacji kontrolujących wydatki na zdrowie psychiczne. Na podstawie powiązanych informacji o diagnozie, interwencji i czasie jej trwania można wybrać dla danego zaburzenia tę interwencję, która wymaga najmniej czasu.

Uczestnicy dyskusji uznają potrzebę prowadzenia badań kontrolowanych i w warunkach naturalnych, aby zabezpieczyć klientów korzystających z psychoterapii przed potencjalnym cierpieniem i stratami ekonomicznymi związanymi z możliwością poddania ich w praktyce klinicznej procedurom nieefektywnym lub szkodliwym.

Badanie skuteczności psychoterapii jest z punktu widzenia interesu społecznego najważniejsze. Do praktyki powinny być wprowadzane wyłącznie interwencje wsparte dowodami empirycznymi – w postaci wyników klinicznych badań eksperymentalnych – najpierw testowane w warunkach kontrolowanych, badane także w warunkach naturalnych (Paluchowski, Trzebińska, Ciepliński). Ocena procedur terapeutycznych oparta na naukowych podstawach daje szansę wykluczenia z praktyki klinicznej nieefektywnych metod oddziaływania (Trzebińska, Ciepliński). Autorzy oceniają dwie metody badania użyteczności klinicznej interwencji wspartych empirycznie niejednoznacznie. Ze względu na wyjście poza lokalność geograficzną i historyczną, porównanie wyniku interwencji wspartej empirycznie zastosowanej w warunkach naturalnych z wynikiem jej uprzedniego badania w warunkach kontrolowanych ma przewagę (Paluchowski). Ze względu na to, że dotyczy zagadnień praktycznych, porównanie interwencji wspartej empirycznie z interwencją stosowaną rutynowo w danym ośrodku ma przewagę (Ciepliński).

Badania w kontrolowanych warunkach nie spełniają funkcji eliminowania interwencji nieefektywnych, nie mówiąc już o interwencjach szkodliwych, chociaż mają taki potencjał. Nie wyjaśniając kwestii, jakie techniki są najbardziej skuteczne dla jakich zaburzeń, badacze nie rozpoznają mniej i bardziej efektywnych, a słabo rokującymi pod tym względem się nie zajmują. Funkcję tę przejmują badania w warunkach naturalnych. Metoda oparta na porównaniu interwencji wspartej empirycznie z interwencją stosowaną rutynowo w danym ośrodku, poszukując weryfikacji hipotezy o większej skuteczności interwencji wspartej empirycznie niż tej stosowanej rutynowo w praktyce, potwierdza wyniki badania kontrolowanego i dostarcza informacji o skuteczności interwencji stosowanej w praktyce. Natomiast metoda oparta na porównaniu wyniku interwencji wspartej empirycznie zastosowanej w warunkach naturalnych z wynikiem jej uprzedniego badania w warunkach kontrolowanych potwierdza wyniki badania kontrolowanego. Faktem jest, że stosowanie interwencji szkodliwych zdarza się w praktyce, nie mówiąc już o interwencjach nieefektywnych. Kilka podejść uznano za szkodliwe, podając przypadki osób, które doświadczyły negatywnych skutków w wyniku ich stosowania (Lilienfeld, 2007). Na przykład, procedura określona „terapią ponownych narodzin” była przyczyną śmierci 10-letniej dziewczynki, a „terapia reprogramowania” przyczyniła się rozpadu rodzin. Cechą wspólną tych podejść jest opieranie działań terapeutycznych na uzasadnieniu pochodzącym od charyzmatycznego lidera.

Jaka jest rola analizy przypadku w praktyce klinicznej w ocenie Autorów? Może służyć naukowej weryfikacji hipotez o skuteczności danej procedury oraz

kontrolowaniu postępu terapii w sposób naukowy (Paluchowski). Należy stosować ją jako trzeci etap badań nad skutecznością określonej interwencji psychoterapeutycznej w leczeniu określonego zaburzenia: sprawdzana jest trafność interwencji i jej prawidłowe stosowanie (Trzebińska). Może przyczynić się do podniesienia jakości świadczonych przez psychologów usług poprzez zwiększenie efektywności, ograniczenie ryzyka rezygnacji lub próby samobójczej bądź ryzyka pogorszenia stanu pacjenta (Ciepliński). Metody kontrolowania postępu psychoterapii u indywidualnego pacjenta staną się użytecznym narzędziem dostosowywania metod psychoterapii i bardziej świadomego wpływania na relację terapeutyczną, co zwiększa możliwość osiągnięcia istotnej klinicznie zmiany u różnych pacjentów (Czabała).

Analiza przypadku łącząca weryfikowanie hipotezy o skuteczności danej interwencji z monitorowaniem przebiegu interwencji i kontrolowaniem postępów u badanego pacjenta jest szczególnie obiecującą metodą zwiększania efektywności psychoterapii w przypadku pacjentów ze złożonymi zaburzeniami. Skoro badania pokazują (Lambert i in., 2002), że dwa razy więcej klientów z grupy nierokującej poprawy osiąga klinicznie istotną poprawę przy zastosowaniu kontrolowania, to jest bardziej prawdopodobne, że pacjent z niejednorodnymi zaburzeniami leczony w praktyce klinicznej osiągnie klinicznie istotną poprawę, gdy postęp będzie monitorowany, niż wtedy, gdy postęp nie będzie monitorowany.

#### BADANIA NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII A UŻYTECZNOŚĆ KLINICZNA

Dyskusja wyłoniła wątek trudności z zastosowaniem interwencji wspartych empirycznie w praktyce. Z jednej strony konieczne jest poprawienie jakości klinicznie stosowanej psychoterapii, a z drugiej strony użyteczność list interwencji wspartych empirycznie jest niewielka (Czabała). Trudności z zastosowaniem wyników badań kontrolowanych w praktyce biorą się stąd, że warunki praktyki i badań są odmienne (Ciepliński, Józefik, Aleksandrowicz). Terapeuta musiałby pracować zawsze tak samo, z celowo dobraną grupą pod względem zaburzeń, co nie wydaje się możliwe w klinicznym, naturalnym kontekście (Józefik). Niemożliwe jest zastosowanie przez terapeutów w praktyce interwencji w taki sam sposób, jak w badaniach kontrolowanych, ponieważ są stosowane różne jej warianty, mimo tej samej nazwy (Aleksandrowicz), a konstrukcja systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV nie zapewnia wystarczającej zbieżności pomiędzy zespołem objawowym i etiopatogenezą zaburzeń otrzymujących taką sama ety-

kietę (Aleksandrowicz). Postępowanie ściśle według zaleceń podręcznika ograniczyłoby zaś możliwość elastycznego reagowania terapeuty na okoliczności pojawiające się w czasie procesu terapeutycznego (Aleksandrowicz). Brakuje sprawdzenia skuteczności poszczególnych procedur w ciągu procedur składających się na złożoną metodę terapii, a bez tej wiedzy nie wiadomo, stosowanie których jest uzasadnione czy wręcz niezbędne, a które mogą być pominięte z przyczyn etycznych lub ekonomicznych (Trzebińska).

Kryterium użyteczności badań jest możliwość zastosowania wniosków z badań w praktyce. Wnioski z badań mogą być odniesione do osób z takimi jednorodnymi zaburzeniami, jakie reprezentują badani w badaniach kontrolowanych. Wtedy ma zastosowanie sposób doboru interwencji proponowany przez jednego z Autorów (Paluchowski). Aby dobrać metodę z listy interwencji wspartych empirycznie do konkretnego pacjenta, trzeba zastosować odpowiednie narzędzia diagnostyczne i odnieść wynik do norm obliczonych dla jednolitej grupy pacjentów, co pozwoli oszacować prawdopodobieństwo przynależności konkretnej jednostki do tej grupy i na tej podstawie podjąć decyzję o sensowności stosowania danej interwencji wobec konkretnej jednostki (Paluchowski). Jednak nawet w przypadku pacjenta z jednorodnym zaburzeniem, takim jak reprezentowane w badaniach kontrolowanych, dobór odpowiedniej interwencji z listy wspartych empirycznie nie jest prosty. Użycie przez badaczy diagnozy nozologicznej DSM-III lub DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1994) jako kryterium definiującego grupy badanych tworzy próbę jednorodną pod względem objawów zaburzeń, która nie jest jednorodna pod względem przyczyn wystąpienia objawów. Autorzy DSM-IV sugerują, że postawienie diagnozy jest pierwszym krokiem prowadzącym do dokładnej oceny stanu pacjenta. Aby sformułować adekwatny plan terapii, klinicysta potrzebuje więcej informacji ponad te wymagane do postawienia diagnozy. To znajomość przyczyn zaburzeń pozwala właściwie dobrać interwencję. Rozważmy przypadek depresji. Osoby z diagnozą depresji nie stanowią jednorodnej grupy pod względem przyczyn objawów. Objawy depresji mogą być wynikiem na przykład negatywnej samooceny lub nadmiernie przedłużającej się reakcji żałoby bądź konfliktów w małżeństwie. W przypadku pierwszym odpowiednia jest na przykład terapia poznawczo-behawioralna nastawiona na zmianę samooceny, w drugim – na przykład terapia interpersonalna, bo uwzględnia terapię żałoby, w trzecim – na przykład terapia małżeńska.

Jeszcze trudniej jest dobrać interwencję wspartą empirycznie, kierując się diagnozą, gdy pacjent prezentuje zaburzenia niejednorodne. Na przykład ktoś zgłasza objawy lękowe, depresyjne, myśli samobójcze, ponieważ martwi się, że ma niewłaściwą orientację seksualną. Czy są to różne zaburzenia współwystępu-

jące? Które z nich jest kluczowe dla powstania objawów? Czy depresja jest wynikiem lęku przed realizacją nieakceptowanej orientacji? Klinicysta w tej sytuacji musi zaplanować interwencję na podstawie oceny klinicznej.

Trudności z zastosowaniem wniosków z badań kontrolowanych w praktyce są spowodowane głównie używaniem przez badaczy diagnozy nozologicznej DSM-III lub DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1994) do definiowania grup badanych. Bliższe praktyce byłoby badanie skuteczności określonych procedur psychologicznych w leczeniu problemów klinicznych bardziej jednorodnych, o węższym zakresie niż zakres obejmowany przez diagnozę nozologiczną DSM, np. żałoba po stracie, która jest składnikiem diagnozy depresja w tym sensie, że jest jedną z przyczyn depresji. Proponuje się, aby zasadą definiowania grupy badanych była przyczyna dysfunkcyjnego zachowania (Scotti i in., 1996). Najpierw dokonywana jest ocena zaburzeń na osi I i II według systemu DSM-IV. Następnie rozpoznawane jest zachowanie, które wymaga zmiany (w tym wydarzenia przed wystąpieniem zachowania, konsekwencje zachowania, zasób umiejętności i system wsparcia), po czym planowana jest interwencja, która ma na celu zmianę tego zachowania (albo bezpośrednio – przez manipulację czynnikami wyzwalającymi i konsekwencjami, albo niebezpośrednio – przez uczenie nowych umiejętności lub przez modyfikowanie systemu rodzinnego). Monitorowany jest postęp i są prowadzone badania kontrolne. Podczas badań kontrolnych ocena dotyczy zaburzeń, ponieważ zakłada się, że zmiana zachowania powinna sprawić, że osoba przestanie spełniać kryteria diagnostyczne zaburzenia, z powodu którego rozpoczęła terapię. Inna jeszcze propozycja zasady definiowania grupy badanych sugeruje, że jej podstawą powinny być czynniki osobowości, które mogą wpływać na reakcję na psychoterapię (Butler i in., 1996). Potwierdzonymi empirycznie zmiennymi pośredniczącymi są stopień upośledzenia funkcjonalnego, cierpienia, wsparcie społeczne, złożoność problemu, poziom oporu przed wpływem i styl radzenia sobie ze stresem.

Badania kontrolowane nie wyjaśniają, jaka interwencja jest najbardziej skuteczna dla jakiego zaburzenia i dlatego praktycy nie otrzymują z badań jasnych wskazań. Na przykład, terapia behawioralno-poznawcza przewyższa skutecznością terapię niedyrektywną w przypadku dzieci i dorosłych z zaburzeniami lękowymi, a także w przypadku dzieci i młodzieży z depresją, ale nie różni się pod względem efektywności od terapii interpersonalnej zorientowanej psychoanalitycznie w przypadku dorosłych z depresją (Rakowska, 2005). Można przypuszczać, że specyficzność technik psychoterapeutycznych może być funkcją różnic rozwojowych (dorośli vs dzieci), typu zaburzenia (lęk vs depresja) lub typu metody terapeutycznej użytej do porównania.

Najczęściej badana jest skuteczność pakietu technik, specyficznego dla określonej orientacji teoretycznej, przez porównanie z pseudopsychoterapią, z brakiem oddziaływania albo z innym pakietem technik, specyficznym dla innej orientacji teoretycznej. Czasem porównywana jest skuteczność pojedynczej techniki z takiego zestawu, właściwego dla danej orientacji, ze skutecznością całego pakietu. To dotyczy terapii poznawczo-behawioralnej. Na przykład porównanie całego pakietu technik poznawczo-behawioralnych z jedną techniką behawioralną w przypadku depresji (aktywizowanie przez zalecenie aktywności tworzących poczucie skuteczności i dobry nastrój) nie wykazało różnic w efektywności (Jacobson i in., 1996 – za: Rakowska, 2005). Porównanie skuteczności technik z zestawu w stosunku do skuteczności całego pakietu technik dla określonych zaburzeń informowałoby o ich skuteczności.

Zalecane jest, aby klinicysta przeprowadził interwencję zgodnie z zaleceniami instruktazowego podręcznika. Podręczniki powstały jako narzędzia badawcze, dlatego zasadne jest pytanie, czy są użyteczne w praktyce klinicznej. Wyniki badań dotyczące ich użyteczności nie są spójne. Spośród dwóch badań eksperymentalnych nad pacjentami z zaburzeniami lękowymi i terapeutami stosującymi terapię poznawczo-behawioralną jedno sugeruje, że w pewnych okolicznościach narzucenie struktury działaniom terapeuty przez podręcznik może być pomocne, ponieważ lepsze rezultaty uzyskują pacjenci wtedy, gdy ich terapeuci dobierają interwencję z listy wspartych empirycznie i przeprowadzają zgodnie z zasadami podręcznika, niż wtedy, gdy planują interwencję na podstawie intuicji i przeprowadzają ją, kierując się intuicją (Schulze i in., 1992 – za: Rakowska, 2005). Drugie badanie nie wykazuje takich zależności (Emelkamp i in., 1994 – za: Rakowska, 2005). Jedno z badań sugeruje, że w przypadku pacjentów uzależnionych, którzy oceniają przymierze terapeutyczne jako słabe, przestrzeganie zasad podręcznika przez terapeutę ma związek z lepszym efektem. W przypadku tych, którzy oceniają przymierze jako silne, nie wykazano takiej zależności (Barber i in., 2006). Część badań wskazuje, że są okoliczności, kiedy wierność zasadom instruktazowego podręcznika wiąże się z gorszym efektem terapii. Dzieje się tak w przypadku przerwania przymierza terapeutycznego (Castonguay i in., 1996 – za: Rakowska, 2005) lub odnoszenia się do pacjenta bez empatycznego rozumienia (Henry i in., 1993 – za: Rakowska, 2005). Instruktazowe podręczniki powinny być traktowane jako przykłady ilustrujące ogólne zasady postępowania (np. jak utrzymać koncentrację na głównym temacie sesji albo jak naprawić zerwany sojusz terapeutyczny). Pewien stopień arbitralności w planowaniu kolejnych kroków interwencji terapeutycznej prowadzonej według zasad podręcznika jest nie do uniknięcia.

### UŻYTECZNOŚĆ KLINICZNA BADAŃ NAD MECHANIZMAMI ZMIANY I WARUNKAMI SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII

Uczestnicy dyskusji upatrują przyczyn ograniczonej użyteczności klinicznej badań nad skutecznością psychoterapii w pomijaniu teorii psychoterapii jako źródła hipotez albo w niewłaściwym jej używaniu jako źródła hipotez. Mała użyteczność badań nad skutecznością psychoterapii jest spowodowana faktem, że u podstaw badań nie leży żadna teoria, która wyznaczałaby hipotezy dotyczące mechanizmów czy moderatorów zmian. Dlatego nie wiemy, jak osiągnąć zmiany w psychoterapii, dla kogo jest ona skuteczna, a dla kogo nie jest skuteczna, ani jak optymalizować zmianę terapeutyczną (Czabała). Dotychczas stosowany paradygmat badań jest nietrafnym sposobem empirycznej walidacji teorii psychoterapii i uniemożliwia stworzenie integracyjnej teorii psychoterapii spełniającej kryteria naukowości (Aleksandrowicz).

Autorzy (Czabała, Trzebińska) proponują badanie procesu psychoterapii, czyli mechanizmów zmian i warunków skuteczności wspólnych dla różnych interwencji psychoterapeutycznych (Czabała) lub odrębnych dla poszczególnych interwencji (Trzebińska), jako źródło odpowiedzi na pytania praktyczne. Badanie procesu psychoterapii (rozumianego jako wydarzenia, doświadczenia, odnoszenie się do siebie pacjenta i terapeuty w czasie sesji, łącznie z ich działaniami i doświadczeniami poza sesjami) dostarczy praktykom więcej użytecznych informacji niż badania nad skutecznością interwencji psychologicznych. Upowszechnienie wyników badań dotyczących skutecznych zmiennych procesu psychoterapii, które są niezależne od metody psychoterapii, powinno natomiast się przyczynić do większej skuteczności psychoterapii w leczeniu konkretnych grup pacjentów (Czabała). Poznanie moderatorów skuteczności psychoterapii pozwoli zrozumieć, na jakie osoby i w jakich okolicznościach metoda działa, a znajomość mediatorów wyjaśni, jaki jest jej mechanizm wpływu na zdrowie psychiczne. Wiedza o moderatorach i mediatorach w pracy z konkretnym pacjentem umożliwi przewidywanie, czy zajdą zmiany na podstawie oceny, kim pacjent jest i czy przejawia właściwości pośredniczące w zmianie (Trzebińska). Badania dotyczące tego, co przyczynia się do skuteczności interwencji, poza poznawczym mają wymiar kształcący i pozwalają terapeutom doskonalić swój warsztat (Paluchowski).

Wśród badań nad procesem psychoterapii, które dostarczają odpowiedzi na pytanie, jak zachodzi zmiana w psychoterapii, można wyróżnić dwa typy. Takie, które określają warunki skuteczności interwencji psychoterapeutycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych u dorosłych oraz dzieci i młodzieży, i takie, które określają mechanizmy zmiany w psychoterapii. Niektóre badania informują, jakie

są uwarunkowania skuteczności wspólne dla wszystkich interwencji (np. empatia ze strony terapeuty) lub jakie są uwarunkowania skuteczności dla specyficznych interwencji (np. na dyrektywne interwencje lepiej niż na niedyrektywne reagują pacjenci impulsywni, z kontrolą zewnętrzną i z niewielkim lękiem przed wpływem, a pacjenci z silnym lękiem przed wpływem lepiej reagują na zalecenie paradoksalne niż na podane wprost) (Rakowska, 2005). Brakuje jednak badań nad mechanizmami zmiany. Chociaż większość klinicystów zgodzi się, że mechanizmem działania psychoterapii w szerokim sensie jest przeuczanie i uczenie (Strup, 1986), zgodność co do tego, poprzez jakie procesy ten mechanizm działa, jest niewielka. Wśród badań nad mechanizmami zmiany można wyróżnić dwa typy. Pierwsze koncentrują się na relacji między zmianą w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta, założoną przez daną orientację teoretyczną jako mechanizm zmiany, a redukcją objawów. Drugie koncentrują się na relacji między działaniami terapeuty i skutkami tych działań u pacjenta podczas sesji. Pierwsze informują, czy działa mechanizm zmiany, uznany przez teoretyczny model psychoterapii jako odpowiedzialny za efekt pakietu technik właściwych dla tego modelu. Drugie informują, jakie działania terapeuty podczas sesji jakie powodują skutki psychologiczne u pacjenta.

Aby badacze skupili, w większej niż dotychczas mierze, uwagę na uwarunkowaniach skuteczności i mechanizmach zmiany w psychoterapii, musieliby zmienić koncepcję psychoterapii. Gdyby badacz myślał o skutkach interwencji w kategoriach interakcji czynników tworzących zmianę funkcjonowania, prawdopodobnie badałby interakcję. Przyjęcie koncepcji psychoterapii, która wyjaśnia, że czynniki leczące są ciągle w interakcji i oddziałują na siebie w sposób, który czasami wzmacnia, a czasami hamuje korzystną zmianę u pacjenta, skłaniałoby badacza do badania relacji między czynnikami wpływającymi na efekt interwencji. Do badań włączyłby czynniki techniczne (techniki psychoterapeutyczne reprezentatywne dla specyficznego podejścia teoretycznego), sposób stosowania technik (wierność metodzie terapii jako zmienną pośredniczącą między techniką a efektem). Włączyłby zmienne relacyjne, które są wspólne dla większości podejść, jeśli nie dla wszystkich. (Techniki psychoterapeutyczne są stosowane w kontekście relacji między pacjentem i terapeutą i w niej uzyskują znaczenie; w tym sensie relacja jest podstawowym środkiem oddziaływania i tworzenia zmiany. Przymierze terapeutyczne jest czynnikiem wspólnym, zdefiniowanym i empirycznie mierzalnym.) Włączyłby właściwości pacjenta, które są rozpoznawane poza terapią, jak poziom cierpienia lub zaburzenia funkcjonalnego. Niektóre z nich pozwalają przewidywać efekt psychoterapii niezależnie od podejścia (np. współwystępowanie zaburzeń), podczas gdy inne mają zróżnicowany wpływ,



zależny od specyficznego podejścia teoretycznego (np. poziom impulsywności). Włączyłyby właściwości terapeuty, np. empatia w dużej mierze określa jakość przymierza terapeutycznego. Przymierze można rozumieć jako zmienną pośredniczącą między właściwościami terapeuty a efektem terapii. Uwzględniłby zmienne związane z doświadczeniem pacjenta i terapeuty podczas terapii, jak np. poziom emocjonalnego doświadczenia, które nie mieszczą się w kategorii właściwości pacjenta i terapeuty, mają jednak wpływ na efekt interwencji.

#### BADANIA A NAUKOWOŚĆ PSYCHOTERAPII: POSTULATY

Dwoje Autorów (Paluchowski i Trzebińska) skupia uwagę na funkcji naukotwórczej badań nad psychoterapią. Postulują, co i jak mierzyć w psychoterapii, aby praktyka psychoterapii stała się częścią naukowej psychologii (Paluchowski) lub częścią tworzącej się dopiero nauki klinicznej (Trzebińska).

Dzięki stosowaniu klinicznych badań eksperymentalnych praktyka psychologiczna staje się elementem systemu naukowej psychologii. Znalezienie na drodze badań naukowych mechanizmu skutecznego oddziaływania psychoterapii uczyni ją elementem naukowej psychologii. Analiza procesu jest badaniem nastawionym na wykrywanie związków przyczynowo-skutkowych. Do wykazywania związków przyczynowo-skutkowych niezbędna jest procedura eksperymentalna lub quasi-eksperymentalna (Paluchowski). Pomiar należy uzupełnić o miary nieinwazyjne, które stanowią dane już istniejące, powstałe bez udziału badacza, ponieważ dotychczas stosowane miary w badaniach nad psychoterapią są reaktywne, a reaktywność obniża trafność zewnętrzną (Paluchowski).

Wiedza o psychicznym funkcjonowaniu człowieka, pochodząca z różnych dziedzin psychologii i z eksperymentów prowadzonych w populacji ludzi bez zaburzeń, ma służyć do opracowywania oddziaływań, a także jako źródło hipotez na temat czynników stanowiących ich moderatory i mediatory. Opracowane tą drogą oddziaływanie ma być zweryfikowane w badaniach kontrolowanych, w warunkach naturalnych i w analizie przypadku. Ten model generowania i weryfikowania oddziaływań na rzecz zdrowia jest wyłaniającą się nauką kliniczną, która tworzy warunki dla reorientacji psychoterapii na praktykę psychologiczną spełniającą wymagania leczenia udowodnionego empirycznie (Trzebińska).

Większość badań nad procesem zmiany w psychoterapii poszukuje empirycznej weryfikacji drogą testowania teoretycznych hipotez, używając w tym celu metod korelacyjnych. Użycie metod eksperymentalnych zdarza się rzadko. Zilustruj-

my wartość informacji dostarczanych przez badania, które poszukują mechanizmu skutecznego oddziaływania psychoterapii i używają metody korelacyjnej lub eksperymentalnej. Najpierw rozważmy badanie, w którym weryfikowano – wywiedzione z teorii behawioralnej i psychodynamicznej – hipotezy o mechanizmach redukcji objawów w próbie złożonej z dorosłych z depresją, lękiem uogólnionym, zaburzeniami paniki, osobowością z pogranicza i adolescentów z zaburzeniami lękowymi (Gibbons i in., 2009). Wynik tego badania mówi, że wzrost rozumienia siebie w kontekście konfliktów interpersonalnych (mechanizm redukcji objawów w terapii psychodynamicznej) i zmniejszenie negatywnego myślenia o radzeniu sobie w sytuacjach stresujących (mechanizm redukcji objawów w terapii poznawczo-behawioralnej) są predyktorami utrzymania się redukcji objawów wyżej wymienionych zaburzeń podczas badań kontrolnych – zarówno w przypadku zastosowania terapii psychodynamicznej, jak i poznawczo-behawioralnej. Natomiast pozytywna ocena siebie (mechanizm redukcji objawów, zakładany przez oba modele teoretyczne) ma związek z redukcją objawów w terapii poznawczo-behawioralnej bezpośrednio po jej zakończeniu. Nie stwierdzono zależności między tą zmienną a redukcją objawów w terapii psychodynamicznej.

Rozważmy teraz wartość informacyjną wniosków z badań nad procesem zmiany – przez badanie minizmian podczas sesji – które prowadzą psychologowie humanistyczni. Analizują oni, co zrobił terapeuta, a co było w pewien sposób pomocne dla pacjenta. Gdy klient symbolicznie uzewnętrzni konflikt wewnętrzny i przeprowadzi dialog między stanowiskami konfliktu („dialog dwóch krzeseł”), osiąga rozwiązanie konfliktu wewnętrznego (Greenberg, 1984). Gdy wyrazi uczucia dotyczące przeszłości wobec osoby znaczącej w symbolicznej formie („puste krzesło”), ustępuje złość i inne przykre emocje oraz poczucie, że istnieje nie zakończona sprawa w przeszłości (Paivio, Greenberg, 1995). Gdy przedstawi w postaci symbolicznej rozdźwięk między przekonaniem a uczuciami, zmniejsza się dyskomfort związany z kryzysem emocjonalnym (Clarke, 1991). Podsumowując, badania pierwszego typu informują, jaka zmiana w funkcjonowaniu psychicznym (w nastroju, zachowaniu lub myśleniu) pacjenta pośredniczy między zastosowaniem określonego pakietu technik a trwałym ustąpieniem u niego objawów. Ponieważ nie można orzec, że są to związki przyczynowo-skutkowe, więc wnioski te nie czynią psychoterapii częścią naukowej psychologii. Badania drugiego typu informują, co można zrobić, aby osiągnąć u pacjenta określoną zmianę w funkcjonowaniu psychicznym (w nastroju, zachowaniu lub myśleniu) podczas sesji. Czynią one psychoterapię częścią naukowej psychologii, gdyż są prowadzone z użyciem analizy procesu, nastawionej na wykrywanie związków przyczynowo-

-skutkowych. W świetle użyteczności klinicznej wnioski z obu badań są pomocne w dostosowywaniu interwencji do potrzeb pacjentów.

### WNIOSKI KOŃCOWE

Praktyka kliniczna uwzględniająca wyniki badań empirycznych opiera się na zasadach paradygmatów: interwencji wspartych empirycznie i praktyki opartej na dowodach naukowych. Pierwszy zakłada potrzebę stosowania w praktyce klinicznej interwencji, których skuteczność została potwierdzona w kontrolowanych badaniach klinicznych. Drugi zakłada potrzebę korzystania z wszelkich dostępnych wyników badań empirycznych, które są istotne przy stawianiu konkretnemu pacjentowi diagnozy, wyborze interwencji i przewidywaniu rokowań.

Kryterium użyteczności badań dla praktyki klinicznej jest możliwość zastosowania wniosków z badań w praktyce. Badania z zakresu psychopatologii i psychoterapii z założenia mają praktyczne implikacje. Podstawowe badania nad przyczynami zaburzeń psychicznych informują, co w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta należy zmienić. Badania nad procesem terapii wyjaśniają, jak zmiana zachodzi. Badania nad skutecznością psychoterapii informują, czy zmiana zachodzi. Dzięki badaniom nad skutecznością psychoterapii praktyka psychoterapii zaczyna spełniać warunki potwierzonego empirycznie leczenia psychologicznego. Wyjaśnienie w badaniach, w jaki sposób zmiana zachodzi, a zwłaszcza jaki jest jej mechanizm, przyczyni się do większej użyteczności praktycznej wniosków z badań i sprawi (o ile będzie w nich użyta analiza procesu wykrywająca związki przyczynowo-skutkowe), że praktyka psychoterapii stanie się częścią naukowej psychologii klinicznej.

Wprowadzanie do praktyki interwencji wspartych empirycznie napotyka na przeszkody, które wynikają głównie z zastosowanego paradygmatu badań. Badania w warunkach naturalnych, mające na celu potwierdzenie skuteczności interwencji wspartych empirycznie w warunkach naturalnych, o ile włączają do badań interwencje stosowane w praktyce, dostarczają okazji do wyeliminowania interwencji nieskutecznych.

Zastosowania analizy przypadku w praktyce klinicznej mogą być różne. Może ona służyć sprawdzaniu skuteczności interwencji wspartych empirycznie czy też być zastosowana do weryfikowania hipotezy o skuteczności interwencji zaplanowanej przez terapeutę w przypadku pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami, którzy nie rokują poprawy. Kontrolowanie postępu terapii dostarcza wtedy informacji, czy terapia przebiega we właściwym kierunku oraz jak „dale-

ko” jest pacjent od osiągnięcia przewidywanego poziomu redukcji objawów. Służy wtedy za podstawę decyzji o zakończeniu interwencji lub jej zmodyfikowaniu.

#### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1980<sup>3</sup>). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994<sup>4</sup>). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- APA Presidential Task Force on Evidence – Based Practice (2006). Evidence – based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Barber, J., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Tease, F., Weiss, R., Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- Beutler, L. E., Kim, J. E., Davison, E., Karno, M., Fisher, D. (1996). Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy*, 33, 197-206.
- Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clarke, K. M. (1991). A performance model of the creation of meaning event. *Psychotherapy*, 28, 395-401.
- De Angelis, T. (2005). Shaping evidence – based practice. *Monitor on Psychology*, 36, 26.
- Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Stirman, S. W., Gallop, R., Goldstein, L. A., Temes, C. M., Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 801-813.
- Gobbard, G. O. (2005). How not to teach psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 29, 4, 332-338.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflicts resolution. W: L. N. Rice, L. S. Greenberg (red.), *Patterns of change* (s. 67-123). New York: Guilford.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. D., Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623-627.
- Humanistic alternative to mandated psychotherapy practice and training (1997). *The Humanistic Psychologist*, 25, 1, 1-32.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Lambert, J. M., Whipple, J. L., Vermeersch, A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91-103.
- Lewant, R. F., Hasan, N. T. (2008). Evidence based practice in psychology. *Professional Psychology Research and Practice*, 39, 658-662.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspective on Psychological Science*, 2, 53-70.

- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TUDS) randomized controlled trial. *Jama: Journal of the Medical Association*, 292, 807-820.
- Meltzoff, J., Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Paivio, S., Greenberg, L. S. (1995). Resolving unfinished business: Experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- Rakowska, J. M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Scholar.
- Rakowska, J. M. (2010). Czynniki specyficzne i niespecyficzne w psychoterapii w świetle danych empirycznych. W: L. Grzebiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Integracja* (s. 35-70). Warszawa: Eneteia.
- Rice, L. N., Saperia, E. P. (1984). Task analysis and the resolution of problematic reactions. W: L. N. Rice, L. S. Greenberg (red.), *Patterns of change* (s. 29-66). New York: Guilford.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B. (1997). *Evidence-based medicine*. New York: Churchill Livingstone.
- Scotti, J. R., Morris, T. L., McNeil, C. B., Hawkins, R. P. (1996). DSM-IV and disorders of childhood and adolescents: Can structural criteria be functional? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1177-1191.
- Strup, H. H. (1986). Psychotherapy: Research, practice, and public policy (how to avoid dead ends). *American Psychologist*, 41, 120-130.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale: Erlbaum.
- Weish, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Westen, D., Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and general anxiety disorder: An empirical examination of status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.