

JADWIGA M. RAKOWSKA

## UŻYTECZNOŚĆ KLINICZNA INTERWENCJI PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH WSPARTYCH EMPIRYCZNIE

Skuteczność psychologicznych interwencji jest badana według planu eksperymentalnego, w warunkach laboratoryjnych, aby uzyskać wysoką trafność wewnętrzną. Te badania cechują się niską trafnością zewnętrzną. Ruch promowania praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych wiąże się z oczekiwaniem, że interwencje, które uzyskały wsparcie empiryczne w warunkach laboratoryjnych, będą stosowane w warunkach naturalnych praktyki klinicznej. Tu pojawia się problem ich użyteczności. Dyskutowane są dwie metody badania użyteczności interwencji wspartych empirycznie w warunkach naturalnych praktyki klinicznej, oparte na porównaniu grup. Jako alternatywna metoda badania zarówno użyteczności interwencji wspartych empirycznie, jak i interwencji stosowanych rutynowo w praktyce klinicznej jest proponowana metoda oparta na badaniu indywidualnego przypadku.

**Słowa kluczowe:** psychologiczne interwencje wsparte empirycznie, użyteczność kliniczna interwencji psychologicznych, metody badania użyteczności klinicznej interwencji psychologicznych, badania indywidualnego przypadku.

Konieczna jest empiryczna ocena skuteczności psychologicznych interwencji. Taka ocena jest podstawą uznania ich za integralną część systemu opieki zdrowotnej. Bez empirycznego potwierdzenia skuteczności interwencje psychologiczne tracą na znaczeniu i łatwo podważyć potrzebę ich stosowania.

Cel badań nad skutecznością interwencji psychologicznych wyznacza warunki, w jakich powinny być one prowadzone (Hoagwood i in., 1995; Moras,

1998). Badania, które są nastawione na osiągnięcie wysokiej trafności wewnętrznej, są prowadzone w warunkach laboratoryjnych, co umożliwia ich ścisłą kontrolę. Te badania mają na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie: „Czy dana interwencja jest skuteczna”. Z kolei badania nastawione na osiągnięcie wysokiej trafności zewnętrznej są prowadzone w warunkach naturalnych i koncentrują się na pytaniu: „Czy dana interwencja jest użyteczna w praktyce klinicznej”. Dychotomia warunków badań laboratoryjnych i naturalnych jest podkreślona w języku angielskim przez używanie terminów *efficacy* (dla określenia efektów terapii w warunkach kontrolowanych) i *effectiveness* (dla określenia efektów psychoterapii w praktyce klinicznej) (Seligman, 1995).

W kilku krajach podejmowana jest inicjatywa promowania wśród praktyków interwencji psychologicznych, których skuteczność została ustalona na podstawie badań eksperymentalnych. Zakłada ona, że praktycy będą aplikowali wyniki laboratoryjnych badań grupowych w leczeniu indywidualnego pacjenta. Ten pomysł jest związany z dążeniem do opierania praktyki klinicznej na wynikach badań naukowych. Rozpowszechnianiu wiedzy o wspartych empirycznie interwencjach psychologicznych mają służyć przeglądy badań prowadzone przez ekspertów.

Inicjatywa ta budzi kontrowersje. Najsilniejszym argumentem przeciwko rozpowszechnianiu interwencji psychologicznych, których skuteczność została potwierdzona w klinicznych badaniach laboratoryjnych, jest brak dowodów, że ich stosowanie jest korzystne w (a) zwykłych klinicznych warunkach, np. szpitale i poradnie zdrowia psychicznego lub prywatna praktyka, i wobec (b) przeciętnych pacjentów, niewyselekcjonowanych pod względem jednorodności zaburzeń.

Celem niniejszego opracowania jest zainicjowanie dyskusji nad użytecznością kliniczną interwencji wspartych empirycznie. Czy wsparte empirycznie interwencje powinny być wprowadzone do praktyki klinicznej? Jeśli tak, to czy powinny być najpierw testowane w naturalnych warunkach? A jeśli tak, to jakie metody sprawdzania ich użyteczności klinicznej mogłyby dostarczyć praktykom takich informacji, które miałyby wartość praktyczną?

#### KONTEKST RUCHU PROMOWANIA INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNYCH WSPARTYCH EMPIRYCZNIE

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w Wielkiej Brytanii powstał ruch znany pod nazwą „medycyna oparta na dowodach naukowych” (Sackett i in., 1997). Zgodnie z założeniami tego ruchu (a) można poprawić opiekę nad pacjentem dzięki znajomości i wykorzystaniu aktualnej wiedzy empirycznej;

a (b) trudno jest klinicytom zapoznawać się na bieżąco z nowymi informacjami istotnymi dla ich praktyki klinicznej; ale (c) jeśli nie zapoznają się z nią na bieżąco, to ich wiedza i jakość aktywności klinicznej obniża się; (d) klinicyści potrzebują podsumowania dowodów naukowych dostarczonych w przeglądach ekspertów oraz instrukcji, jak uzyskać te informacje podczas codziennej, rutynowej praktyki.

Efektom pracy naukowców i specjalistów w zakresie medycyny jest publikowanie wyników kontrolowanych badań klinicznych. Na przykład Grupa Publikująca Brytyjskiego Dziennika Medycznego (<http://www.bmj.com>), finansowana przez Brytyjskie Towarzystwo Medyczne, publikuje wyniki badań co miesiąc. Kategoryzuje interwencje medyczne do jednej z sześciu kategorii: (1) korzystna, (2) prawdopodobnie korzystna, (3) między korzyścią a szkodą, (4) o nieznanym efektywności, (5) prawdopodobnie mało korzystna, (6) prawdopodobnie nieefektywna lub szkodliwa.

W tym samym czasie, gdy powstał ruch medycyny opartej na dowodach naukowych, psychologowie w kilku krajach podjęli inicjatywę rozpowszechniania interwencji psychologicznych o potwierdzonej empirycznie skuteczności. W Wielkiej Brytanii utworzyła się grupa robocza ds. opracowania wskazań do stosowania interwencji psychologicznych, powołana przez Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne, z upoważnienia Brytyjskiego Narodowego Systemu Usług w zakresie Zdrowia. Opublikowała ona dokument zatytułowany „Dobór Psychologicznych Terapii i Poradnictwa: oparte na dowodach naukowych wskazania dla praktyki” (Parry, 1996). Zaowocowało to publikacją „Co dla kogo jest skuteczne?” (Roth, Fonagy, 1996).

Brytyjscy psychologowie sformułowali kryteria wyróżniania interwencji psychologicznych potwierdzonych empirycznie (Roth, Fonagy, 1996):

*Skuteczna terapia psychologiczna* – oznacza, że (1) dwa badania oparte na planie porównania między grupami wykazują przewagę nad grupą kontrolną (lista oczekujących lub pseudopsychoterapia lub tabletką placebo) lub nad inną terapią psychologiczną; lub (2) jedno badanie, w którym losowo są dobrane grupy i (a) terapeuci stosują jasno opisaną metodę terapii, która może być użyta jako podstawa szkolenia, oraz (b) grupa badanych jest dokładnie zdefiniowana.

*Obiecująca terapia psychologiczna o ograniczonym wsparciu empirycznym* – oznacza, że (1) terapia jest innowacyjna i dobrze rokuje jako skuteczna; lub (2) jest szeroko praktykowaną metodą z ograniczonym wsparciem empirycznym.

Przy Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym powstała grupa robocza sekcji 12 (klinicznej psychologii) ds. promowania i rozpowszechniania procedur psychologicznych. Opublikowała ona trzy raporty (Task Force, 1995; Chambless

i in., 1996, 1998), w których podała pewną liczbę psychologicznych interwencji jako empirycznie potwierdzonych, proponując dla nich nazwę „terapię wsparte empirycznie”. Kryteria wyróżniania interwencji psychologicznych potwierdzonych empirycznie sformułowane przez amerykańskich psychologów są następujące (Chambless i in., 1998; Task Force, 1995):

*Skuteczna terapia psychologiczna* – oznacza, że (1) przynajmniej dwa eksperymenty oparte na planie porównania między grupami wykazują (a) przewagę nad tabletką placebo lub pseudopsychoterapią lub inną terapią psychologiczną lub (b) równe efekty z terapią, która ma już potwierdzoną empirycznie skuteczność i adekwatnie liczną próbę; lub (2) duża liczba badań nad pojedynczymi przypadkami wykazuje skuteczność – badania te są przeprowadzone (a) według eksperymentalnego planu badania i (b) dotyczą porównania z inną interwencją. Przy czym (1) eksperymenty muszą być prowadzone z użyciem instruktażowego podręcznika lub zgodnie z równoważnym, jasnym opisem terapii; (2) cechy badanej próby muszą być dokładnie określone; (3) skuteczność musi być wykazana przez przynajmniej dwóch badaczy lub zespoły badaczy.

*Prawdopodobnie skuteczna terapia psychologiczna* – oznacza, że (1) dwa badania oparte na planie porównania między grupami wykazują przewagę nad grupą kontrolną w postaci grupy osób z listy oczekujących na leczenie; lub (2) eksperyment spełnia kryteria skutecznych terapii wymienione wyżej, poza jednym – skuteczność jest wykazana przez przynajmniej dwóch badaczy lub zespoły; lub mała liczba badań nad pojedynczymi przypadkami spełnia kryteria skutecznej terapii wymienione wyżej.

*Eksperymentalna terapia psychologiczna* – oznacza, że terapia nie była testowana w badaniach prowadzonych według podanych wyżej kryteriów.

W Kanadyjskim Towarzystwie Psychologicznym członkowie sekcji psychologii klinicznej utworzyli grupę roboczą do spraw identyfikacji procedur psychologicznych o potwierdzonej skuteczności (Hunsley i in., 1999). Podobna grupa powstała też w Niemczech (Strauss, Kaechele, 1998). W Polsce został opublikowany przegląd badań nad skutecznością psychoterapii, który między innymi prezentuje interwencje wsparte empirycznie (Rakowska, 2005, 2006).

Propozycja kryteriów interwencji psychologicznych wspartych empirycznie ustalonych przez grupę roboczą sekcji 12 APA spotkała się ze sprzeciwem ze strony psychologów uprawiających psychoterapię humanistyczną. Utworzyli oni sekcję 32 APA (Humanistycznej Psychologii), aby formalnie wyrazić swój sprzeciw. Grupa robocza tej sekcji wydała raport (Report of a Division Task Force 32, 1997), będący stanowiskiem sekcji w sprawie terapii wspartych empirycznie. Stwierdzono w nim, że dokument wydany przez sekcję 12 faworyzuje podejścia,

które (a) przyjmują medyczny model widzenia dysfunkcji psychologicznych i ich leczenia; (b) są skoncentrowane na usunięciu objawów i (c) są techniczne w istocie. Opierają się one na określonym modelu nauki – pozytywistycznej metodzie nauki naturalnej, bardziej odpowiedniej do badania działania leków niż do badania złożonych relacji między ludźmi, która charakteryzuje humanistyczną psychoterapię. Humanisci stwierdzili, iż nie odrzucają badań naturalnej nauki. Sprzeciwiają się natomiast próbom faworyzowania tych metod w badaniu ludzkiego zachowania i traktowaniu ich jako ostatecznego kryterium decydowania o efektywności psychoterapii. Dlatego odrzucają pomysł, że psychoterapia ma być rozumiana i badana jako leczenie zaburzeń i że ma być ujęta w formie instruktażowego podręcznika. Wyraziwszy swoją krytykę metody eksperymentalnej w badaniach nad skutecznością interwencji psychologicznych, humanisci nie zaproponowali jednak w jej miejsce innej metody.

Inicjatywa promowania psychologicznych interwencji wspartych empirycznie ma daleko idące konsekwencje dla praktyków w Stanach Zjednoczonych (Seligmann, Lewant, 1998). Największe kontrowersje budzi rekomendacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, nakazująca stałe aktualizowanie listy interwencji wspartych empirycznie, między innymi po to, by programy szkoleń w psychologii klinicznej uwzględniały uczenie praktycznych umiejętności w zakresie stosowania tych interwencji. Dostarcza ona podstaw rządowym decydencom w zakresie zdrowia psychicznego i towarzystwom ubezpieczeniowym do użycia interwencji wspartych empirycznie w celu kontrolowania kosztów przez ograniczenie praktyki psychologicznej.

METODA BADANIA  
SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNYCH  
W WARUNKACH LABORATORYJNYCH:  
PERSPEKTYWA BADACZA

Jeśli badania zmierzają do odpowiedzi na pytanie, jaka interwencja dla kogo jest skuteczna, wymagane są badania kontrolowane. Odpowiedź na to pytanie wymaga operacyjnego zdefiniowania interwencji użytej w badaniu i określenia próby badanych. Ponadto replikacja badań nie jest możliwa bez zdefiniowania interwencji i próby badanej. Definicji operacyjnej poddawanej badaniu interwencji dostarcza opracowanie instruktażowego podręcznika, według którego interwencja jest stosowana (Rakowska, 2005). Ustala się i precyzuje w ten sposób techniczne aspekty konstytuujące dane podejście terapeutyczne. Taki podręcznik opisuje

zasady i procedury psychologicznej interwencji, precyzuje zarówno zalecane, jak i nie zalecane działania. Opis może być szczegółowy (wówczas dotyczy wskazówek postępowania z sesji na sesję; zawiera przykłady dialogów ilustrujących zastosowania procedur i opisy działań, które trzeba podjąć, gdy pojawia się problem w przebiegu terapii), ale mogą też być zarysowane bardziej ogólne zasady postępowania w ramach ogólnej struktury; wtedy podręcznik jest bardziej elastyczny. Opisuje szeroko zasady i fazy leczenia i podaje przykłady interwencji spójne z tymi zasadami i fazami. Wyjątek stanowi interwencja względnie prosta i adekwatnie zdefiniowana. Nie wymaga ona opracowania instruktażu.

Próba badanych, na którą się oddziałuje, jest definiowana najczęściej przez diagnozę nozologiczną według systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM (American Psychiatric Association, 1994). Jest to grupa homogeniczna pod względem diagnozy. Celem interwencji jest redukcja objawów zaburzenia psychicznego. Skuteczność interwencji jest mierzona wielkością redukcji tych objawów. W przypadku interwencji skoncentrowanych na relacjach interpersonalnych badaną próbę definiuje się poprzez określanie problemów występujących w relacjach interpersonalnych. Używa się grupy kontrolnej, którą tworzą osoby z takim samym rozpoznaniem, która albo oczekuje na terapię, albo poddaje się ją pseudopsychoterapii lub oddziaływaniu innej techniki psychoterapeutycznej.

Do roku 2005 zidentyfikowano w literaturze anglojęzycznej ponad sto interwencji dla dorosłych, dzieci i młodzieży ze specyficznymi problemami klinicznymi, których skuteczność była badana według opisanego wyżej planu badawczego (Rakowska, 2005). Liczba tych interwencji jest względna, ponieważ zdarza się, że istnieją dwie podobne wersje terapii poznawczo-behawioralnej przeznaczone dla jednego problemu klinicznego, a są traktowane jako odrębne, ponieważ mają odrębne instruktażowe podręczniki. Wśród tych interwencji około 60% stanowią behawioralno-poznawcze podejścia. Słabiej są reprezentowane inne podejścia, np. zorientowane psychoanalitycznie, systemowe, humanistyczne (Rakowska, 2005). Interwencje przeprowadzone z użyciem instruktażowego podręcznika w większości koncentrują się na problemie/objawie; są zorientowane na nabycie przez pacjentów umiejętności. Obejmują 20 lub mniej sesji; stosują zadania domowe (trwające niekiedy nawet od 2 do 5 godzin tygodniowo) oraz kontrolę postępów w terapii pacjenta przez okresową ocenę. Reprezentują jedną szkołę psychoterapii. Połowa z tych interwencji planuje terapię, korzystając z wiedzy na temat historii problemu; połowa uwzględnia diagnozę nozologiczną w planowaniu terapii; połowa wykorzystuje relację terapeutyczną jako mechanizm zmiany. W niewielkim zakresie jest reprezentowana długoterminowa terapia, np. modyfikacja zachowania u osób upośledzonych rozwojowo lub dłu-

goterminowa terapia interpersonalna trwająca około trzech lat, stosowana po fazie ostrej ciężkiego epizodu zaburzeń depresyjnych czy w depresji nawracającej (Jarret i in., 2001; Frank, 1991). W niewielkim zakresie jest reprezentowana terapia integracyjna, np. terapia dialektyczna, przeznaczona dla osób z zaburzeniami osobowości *borderline*, łącząca podejście behawioralne z humanistycznym (Linechan i in., 1999).

Interwencje te zostały zastosowane wobec różnych wiekowo grup z różnymi problemami klinicznymi:

– wobec dorosłych z zaburzeniami psychicznymi i psychotycznymi, jak (1) zaburzenia lękowe: panika, lęk uogólniony, agorafobia, fobia społeczna, fobia specyficzna, zaburzenia stresu pourazowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne; (2) zaburzenia nastroju: depresja; (3) zaburzenia pod postacią somatyczną: chroniczny ból; (4) uzależnienia: od alkoholu, narkotyków i nikotyny; (5) zaburzenia odżywiania się: bulimia; (6) zaburzenia osobowości: osobowość z pogranicza; (7) zaburzenia seksualne: dysfunkcje seksualne u kobiet; (8) psychoza: schizofrenia;

– wobec dorosłych z problemami psychosomatycznymi, jak (1) syndrom jelita drażliwego; (2) migrenowe bóle głowy; (3) choroby reumatyczne; (4) neuropatyczny ból związany z AIDS; (5) rak: skutki uboczne chemioterapii i ból; (6) zespół Teurette: tiki i upośledzenie funkcjonowania społecznego;

– wobec par małżeńskich z problemami w relacjach, jak (1) niezadowolenie z małżeństwa lub konflikt; (2) depresja poprzedzona problemami małżeńskimi; (3) uzależnienie od alkoholu jednego z małżonków; (4) zaburzenia seksualne: zaburzenia orgazmu pierwotne u kobiet;

– wobec dzieci i młodzieży: (1) z zaburzeniami lękowymi u dzieci w wieku przedadolescencyjnym i u młodzieży; (2) z zaburzeniami depresyjnymi u dzieci w wieku przedadolescencyjnym i u młodzieży; (3) z zaburzeniami zachowania opozycyjno-buntowniczymi i agresywnymi u dzieci w wieku przedadolescencyjnym; (4) ze stresem związanym z zabiegami medycznymi u dzieci;

– wobec rodziców dzieci i młodzieży: (1) z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi i agresywnymi u dzieci w wieku przedadolescencyjnym; (2) z zachowaniami antyspołecznymi i przestępczymi u młodzieży; (3) z otyłością u dzieci w wieku przedadolescencyjnym; (4) z autyzmem u dzieci młodszych;

– wobec rodzin w celu eliminowania (1) zaburzeń zachowania antyspołecznych i przestępczych u młodzieży lub zapobiegania nawrotom choroby u członka rodziny (2) ze schizofrenią lub (3) z depresją.

W większości omawiane interwencje zostały użyte więcej niż jeden raz w grupie z jednorodnym zaburzeniem, co oznacza, że badanie zostało powtórzone, dając podstawy do stwierdzenia, że dana interwencja jest skuteczna dla dane-

go zaburzenia. W około połowie przypadków zastosowania podejścia poznawczo-behawioralnego dwie lub niekiedy trzy interwencje różniące się technikami opisanymi w instruktażowym podręczniku zostały zastosowane wobec określonego zaburzenia. W niewielkim zakresie dotyczy to także innych podejść, np. w przypadku ciężkiego epizodu depresji u dorosłych skuteczną jest terapia poznawcza, interpersonalna i behawioralna.

Podsumowując, badania prowadzone według opisanego wyżej modelu pozwalają na orzekanie o związku przyczynowym między zastosowaną interwencją a redukcją objawów w grupie osób z określonym jednorodnym zaburzeniem. Badania te spełniają kryteria interwencji wspartych empirycznie zaproponowane przez psychologów brytyjskich i amerykańskich.

METODY BADANIA UŻYTECZNOŚCI  
PSYCHOLOGICZNYCH INTERWENCJI WSPARTYCH EMPIRYCZNIE  
W PRAKTYCE KLINICZNEJ:  
PERSPEKTYWA BADACZA

Kliniczne badania kontrolowane mają na celu odpowiedź na pytanie, jaka interwencja i dla kogo jest skuteczna w warunkach laboratoryjnych. Aby stwierdzić, jaka interwencja i dla kogo jest skuteczna w warunkach naturalnych, trzeba te badania powtórzyć w warunkach praktyki klinicznej. W ten sposób można zwiększyć trafność zewnętrzną wyników badań kontrolowanych (Rakowska, 2005). Badania są prowadzone w placówkach służby zdrowia (przychodnie i szpitale) lub w praktyce prywatnej. Praktycy tam zatrudnieni są szkoleni w zakresie stosowania badanej interwencji według zasad instruktażowego podręcznika. W przypadku niektórych badań mają zapewnioną superwizję. Interwencja jest stosowana wobec pacjentów z rozpoznaniem, dla którego jest ona przeznaczona. Nie wyklucza się pacjentów, u których współwystępują jeszcze inne zaburzenia. Badań przeprowadzonych w ten sposób jest niewiele. Stosowane są dwie metody badania użyteczności psychologicznych interwencji wspartych empirycznie. Jedną polega na zastosowaniu interwencji wspartej empirycznie w warunkach naturalnych i porównaniu jej wyników z wynikami interwencji stosowanej rutynowo w tej instytucji. Druga polega na zastosowaniu interwencji wspartej empirycznie w warunkach naturalnych i porównaniu jej wyników z wynikami uzyskanymi w warunkach kontrolowanych. Poniżej są podane wyniki tych badań, będące ilustracją informacji, jakich te badania dostarczają praktykom.

### **1. Zastosowanie interwencji wspartej empirycznie w warunkach naturalnych i porównanie wyników z wynikami interwencji stosowanej rutynowo w warunkach naturalnych**

W przypadku niektórych interwencji wspartych empirycznie badania wykazują ich przewagę nad stosowanymi rutynowo w warunkach naturalnych. Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń paniki u dorosłych (edukacja i modyfikowanie przekonań związanych z powstaniem paniki) okazała się skuteczniejsza niż interwencja rutynowa w warunkach naturalnych (podejście eklektyczne, psychoanalityczne, systemowe i humanistyczne) (Addis i in., 2004). W przypadku obu warunków leczenia terapeuci decydowali o terminie zakończenia terapii (od 12 do 15 sesji).

Terapia interpersonalna (uczenie komunikacji ze znaczącymi osobami, rozumienia siebie, umiejętności rozwiązywania problemów) przeznaczona dla młodzieży z depresją miała przewagę nad interwencją rutynową w warunkach naturalnych (indywidualna i grupowa terapia wspierająca) (Mufson i in., 2004). Dla terapeutów zajmujących się terapią interpersonalną prowadzona była superwizja. Zastosowano 12 sesji w obu grupach.

Terapia behawioralna przeznaczona dla rodziców dzieci z problemami zachowania negatywistycznego (uczenie stosowania wzmocnień) miała przewagę nad interwencją rutynową w warunkach naturalnych (terapia systemowa nastawiona na rozwiązanie problemu) (Taylor i in., 1998). Matki poddane terapii wspartej empirycznie relacjonowały mniej problemów w zachowaniu dzieci i większe zadowolenie z uzyskanych efektów. Terapeuci nie zostali losowo przydzieleni do warunków leczenia, więc nie można wykluczyć, że większa efektywność była związana z osobowościowymi cechami terapeutów.

W przypadku niektórych interwencji wspartych empirycznie badania nie wykazują ich przewagi nad stosowanymi rutynowo w warunkach naturalnych bezpośrednio po zakończeniu terapii, a dopiero w czasie badań kontrolnych. Terapia dialektyczna (indywidualna: motywowanie do życia; grupowa: uczenie umiejętności radzenia sobie z silnymi negatywnymi emocjami oraz akceptowania siebie i innych ludzi) dla kobiet z zaburzeniami osobowości *borderline* miała efekt porównywalny z interwencją rutynową w warunkach naturalnych (leki i wsparcie w kryzysie) bezpośrednio po zakończeniu terapii (Verhuel i in., 2003). Terapia trwała rok. Terapeuci prowadzący terapię dialektyczną mieli zapewnioną superwizję. Po 52 tygodniach w badaniu kontrolnym okazało się, że samookaleczanie i próby samobójcze zmniejszyły się w grupie poddanej terapii dialektycznej, nasiliły się zaś w grupie poddanej opiece klinicznej, w porównaniu z ich częstością po zakończeniu terapii.

W przypadku niektórych interwencji wspartych empirycznie badania nie wykazują ich przewagi nad stosowanymi rutynowo w warunkach naturalnych, ale trudno je porównywać, ze względu na różną liczbę sesji. Terapia poznawczo-behawioralna przeznaczona dla młodzieży z depresją miała efekt porównywalny z interwencją rutynową w warunkach naturalnych (terapia systemowa i psychodynamiczna) (Weisz i in., 2009). Jednak terapia wsparta empirycznie była krótsza (24 vs 39 sesji) i uczestniczący w niej pacjenci przyjmowali mniej leków.

W przypadku niektórych interwencji wspartych empirycznie badania nie wykazują ich przewagi nad stosowanymi rutynowo w warunkach naturalnych. Terapia behawioralna (uczenie umiejętności radzenia sobie ze stresem) przeznaczona dla dorosłych nadużywających środków psychoaktywnych nie wykazała przewagi nad interwencją rutynowo stosowaną w warunkach naturalnych (terapia 12 kroków: eliminacja zaprzeczania, edukacja, wsparcie grupy) (Morgenstern i in., 2001). Efekt w kategoriach zachowania abstynencji był porównywalny. Obie metody stosowane były w ramach 12 sesji. Terapia behawioralna była prowadzona w formie indywidualnej; terapia 12 kroków – w formie grupowej; superwizja – w terapii poznawczej (w metodzie 12 kroków nie stosuje się superwizji).

Podsumowując, na podstawie wyników tych badań można stwierdzić, że wśród wspartych empirycznie interwencji przeznaczonych dla osób z określonymi zaburzeniami są takie, które mają przewagę nad interwencjami stosowanymi rutynowo w warunkach naturalnych, oraz takie, które przewagi nie mają. Biorąc pod uwagę liczbę sesji, wyniki uzyskane w tych badaniach ukazują, która z dwóch interwencji powoduje ten sam efekt przy mniejszym nakładzie czasu i pracy. Te badania informują praktyków, czy istnieje potrzeba zastąpienia interwencji stosowanej rutynowo w danej placówce interwencją wspartą empirycznie. Jeśli w warunkach praktyki klinicznej jest stosowany jeden typ interwencji, wtedy jest jasne, że ta właśnie interwencja powinna być zmieniona lub utrzymana. Jeśli są stosowane różne interwencje i wynik badań dotyczy tego zestawu, sugerując, że zestaw trzeba zmienić, wtedy nie wiadomo, czy wszystkie techniki w zestawie trzeba zmienić, czy tylko niektóre.

## **2. Zastosowanie interwencji wspartej empirycznie w warunkach naturalnych i porównanie jej wyników z wynikami uzyskanymi w badaniach kontrolowanych**

W przypadku niektórych interwencji wspartych empirycznie zastosowanych w warunkach naturalnych uzyskano efekt porównywalny z efektem uzyskanym w warunkach kontrolowanych. Interwencja poznawczo-behawioralna dla dorosłych z fobią społeczną spowodowała redukcję objawów porównywalną z tą uzyskaną w badaniach kontrolowanych (Lincoln i in., 2003).

Interwencja poznawczo-behawioralna przeznaczona dla dorosłych z zaburzeniami paniki z agorafobią spowodowała redukcję objawów porównywalną z tą uzyskaną w badaniach kontrolowanych (Wade i in., 1998). Natomiast w badaniu z użyciem próby, w której wyjściowy poziom zaburzeń był wyższy (Sanderson, Rane, Wetzler, 1998), redukcja objawów była mniejsza niż uzyskana w badaniach kontrolowanych.

Skuteczność interwencji poznawczo-behawioralnej dla dorosłych z depresją była testowana w sześciu badaniach. W przypadku dwóch badań przeprowadzonych w przychodni trudno jest jednoznacznie ocenić efekt. W pierwszych (Peterson, Halstead, 1998) redukcja objawów była mniejsza, ale odbyło się mniej sesji, w drugich (Merril, Colbert, Wade, 2003) redukcja objawów była porównywalna, ale liczba sesji była różna dla poszczególnych pacjentów i pacjenci częściej rezygnowali z terapii niż w badaniach kontrolowanych. W przypadku dwóch badań przeprowadzonych w szpitalu (Organista, Munoz, Gonzales, 1994; Miranda i in., 2003) również trudno ocenić efekt, ponieważ w zależności od narzędzia użytego do pomiaru poziomu objawów wyniki są porównywalne lub gorsze niż wyniki uzyskane w badaniach kontrolowanych. W dwóch badaniach przeprowadzonych na próbie pacjentów leczonych w praktyce prywatnej (Persons i in., 1988, 1999) wykazano, że redukcja objawów była porównywalna, ale w warunkach naturalnych pacjenci odbyli więcej sesji.

Behawioralny program szkolenia umiejętności rodzicielskich dla rodziców dzieci z zaburzeniami zachowania o charakterze opozycyjno-buntowniczym, testowany w dwóch badaniach w przychodni (Taylor i in., 1998; Tynan, Schuman, Lampert, 1999), doprowadził do porównywalnej redukcji objawów z tą uzyskaną w badaniach kontrolowanych.

Podsumowując, na podstawie wyników otrzymanych w tych badaniach można stwierdzić, że efekt interwencji wspartej empirycznie zastosowanej w warunkach naturalnych może być porównywalny lub gorszy niż efekt uzyskany w badaniach kontrolowanych.

METODA BADANIA SKUTECZNOŚCI  
INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ W PRAKTYCE KLINICZNEJ  
U INDYWIDUALNEGO PACJENTA:  
PERSPEKTYWA KLINICYSTY PRAKTYKA

Strategie stosowane w badaniach nad skutecznością interwencji psychologicznych wspartych empirycznie dotyczą porównywania grup i dzięki nim otrzy-

musimy odpowiedzi na pytania, które odnoszą się do grup. Czy ta interwencja jest skuteczna dla grupy pacjentów w specjalnych, eksperymentalnych, kontrolowanych warunkach? oraz: Czy ta interwencja jest skuteczna dla grupy pacjentów w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej? Pytanie, które stawia praktyk, brzmi: Czy ta interwencja jest skuteczna dla tego konkretnego pacjenta? Z perspektywy klinicysty praktyka przydatna jest ocena skuteczności zastosowanej interwencji wobec indywidualnego pacjenta.

W literaturze opisane są dwie podobne metody oceny skuteczności interwencji psychologicznych oparte na badaniu indywidualnego przypadku. Obie łączą poszukiwanie naukowej weryfikacji hipotez o skuteczności danej interwencji z monitorowaniem przebiegu terapii. Pierwsza z tych metod jest proponowana jako paradygmat badań (Howard i in., 1996). Punktem odniesienia dla oceny postępów przebiegu terapii jest tu postęp przewidywany na podstawie pomiaru wskaźnika zdrowia psychicznego i cech pacjenta przed terapią. Na wskaźnik zdrowia psychicznego składają się wyniki w zakresie: (1) dobrego samopoczucia, (2) objawów psychopatologicznych i (3) funkcjonowania życiowego. Cechami pacjenta, na podstawie których przewiduje się postęp, są między innymi: ciężkość zaburzenia, chroniczność problemu, rodzaj problemu, na który pacjent się skarży, oczekiwanie pacjenta, że terapia pomoże. Za pomocą techniki statystycznej, zwanej hierarchicznym liniowym modelowaniem, ustala się spodziewane wyniki w zakresie wskaźnika zdrowia psychicznego dla każdej sesji. Wskaźnik zdrowia psychicznego jest mierzony podczas terapii i wartości tego pomiaru dla każdej sesji są porównywane z przewidywanymi. W przypadku miary użytej w wyżej opisanej metodzie istnieje możliwość oceny wyniku końcowego pacjenta przez porównanie ze średnim wynikiem dużych prób osób normalnych lub pacjentów (Howard i in., 1996).

Druga metoda, łącząca poszukiwanie naukowej weryfikacji hipotez o skuteczności danej interwencji z monitorowaniem przebiegu terapii, została sprawdzona w badaniach (Lambert i in., 2001). Opiera się ona na porównywaniu wyników pacjenta w zakresie: (1) objawów psychopatologicznych, (2) relacji interpersonalnych, (3) funkcjonowania w rolach społecznych ze średnią wyników innych pacjentów o podobnym poziomie wyjściowym objawów psychopatologicznych. Pacjent przed każdą sesją odpowiada na pytania kwestionariusza dotyczące trzech wymienionych wyżej obszarów funkcjonowania. Terapeuta otrzymuje przed sesją wyniki kwestionariusza, przedstawione w postaci wykresu, wraz z jedną z czterech następujących informacji: (1) pacjent funkcjonuje w normie – zakończyć terapię; (2) pacjent zmienia się adekwatnie – nie zaleca się zmian w terapii; (3) zmiana mniej niż adekwatna – zmienić plan terapii; (4) brak postępu – zmie-

nić plan terapii i poddać superwizji. W rezultacie otrzymywania informacji zwrotnych terapeuci zwiększyli liczbę sesji tym pacjentom, którzy nie reagowali pozytywnie na terapię, i dzięki temu uzyskali u nich poprawę. W przypadku pacjentów dobrze reagujących na terapię zmniejszyli im liczbę sesji, co nie wpłynęło na obniżenie efektu końcowego.

W drugim badaniu (Whipple i in., 2003) testowano skuteczność dodania do informacji zwrotnej o braku postępów u pacjenta zestawu narzędzi pomocnych do rozwiązania problemu. Terapeuta otrzymywał zestaw wskazówek: (1) ocenić relację terapeutyczną, używając kwestionariusza; (2) ocenić gotowość pacjenta do zmiany za pomocą kwestionariusza; (3) ocenić wsparcie społeczne za pomocą kwestionariusza; (4) od nowa postawić diagnozę; (5) skierować pacjenta na leczenie farmakologiczne. Dysponował także informacjami o możliwych interwencjach przeznaczonych do rozwiązania problemu w zakresie relacji terapeutycznej oraz w przypadku braku motywacji do zmiany i braku wsparcia społecznego. Podwójna liczba pacjentów osiągnęła poprawę w porównaniu z liczbą pacjentów, których terapeuci nie otrzymywali informacji zwrotnych ani pomocy w rozwiązaniu problemu. Znacząco większa liczba pacjentów osiągnęła poprawę w porównaniu z pacjentami, których terapeuci uzyskali tylko informacje zwrotne na temat przebiegu terapii. W przypadku miary użytej w wyżej opisanej metodzie istnieje możliwość oceny wyniku końcowego pacjenta przez porównanie go ze średnim wynikiem dużej próby pacjentów (Lambert i in., 2001).

Podsumowując, metoda badania indywidualnego przypadku, służąca weryfikacji hipotez o skuteczności danej interwencji w połączeniu z monitorowaniem przebiegu terapii, dostarcza użytecznych w praktyce klinicznej informacji. Kontrolowanie postępów w terapii pacjenta stwarza możliwość zwiększenia efektywności zastosowanej interwencji. Praktyk otrzymuje dokładną informację, kiedy zachodzi potrzeba modyfikowania podejścia, i może na bieżąco uwzględniać potrzeby pacjenta. Kontrolowanie przebiegu terapii jest pomocne w efektywnym zarządzaniu czasem psychoterapii indywidualnych pacjentów, a tym samym w zarządzaniu kosztami psychoterapii. W przypadku negatywnej reakcji pacjentów na terapię daje podstawy do decyzji o jej przedłużeniu, natomiast w przypadku pozytywnej reakcji – o jej skróceniu. Ocena efektu końcowego terapii indywidualnego pacjenta może być dokonana przez zastosowanie technik statystycznych, które służą ocenie istotności klinicznej zmiany u pojedynczego pacjenta (Rakowska, 2005). Oznacza to ustalenie takiej wielkości zmiany mierzonej za pomocą określonej miary, która powinna mieć znaczenie praktyczne dla pacjenta lub jego rodziny. Jeśli dla miar użytych do pomiaru zmiany są ustalone normy na podstawie wyników badania dużych prób pacjentów lub osób z przeciętnej po-

pulacji, wynik końcowy indywidualnego pacjenta można ocenić przez porównanie z tymi normami (Rakowska, 2005).

Badanie indywidualnego przypadku znajduje zastosowanie jako jedna z metod kontrolowanych badań eksperymentalnych nad skutecznością interwencji psychoterapeutycznych oraz jako narzędzie klinicysty, gdy jest stosowana w warunkach naturalnych praktyki klinicznej.

Inicjatywa promowania interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie rodzi wiele pytań: (1) Czy zasadne jest oczekiwanie, by praktycy wprowadzali do swojej praktyki interwencje wsparte empirycznie? (2) Czy niezbędne jest sprawdzenie użyteczności klinicznej interwencji wspartych empirycznie w warunkach naturalnych? (3) Która z metod badania użyteczności klinicznej interwencji wspartych empirycznie może dostarczyć praktykom użytecznych informacji: porównanie z interwencjami stosowanymi rutynowo czy porównanie z wynikami badań kontrolowanych? (4) Czy metoda badania indywidualnego przypadku łącząca poszukiwanie weryfikacji hipotezy o skuteczności danej interwencji z kontrolowaniem przebiegu terapii może stanowić alternatywę dla metod opartych na porównaniu grup?

#### BIBLIOGRAFIA

- Addis, M., Hatgis, C., Krasnow, A., Jacob, K., Bourne, M. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 625-635.
- American Psychiatric Association (1994<sup>4</sup>). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychology*, 51, 1, 3-16.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychology*, 49, 2, 5-18.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., Cornes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.
- Howard, K., Moras, K., Bril, P., Martinowitch, Z., Lutz, W. (1996). The evaluation of psychotherapy efficacy, effectiveness and patient progress. *American Psychologist*, 51, 10, 1059-1064.
- Hunsley, J., Dobson, K. S., Johnston, C., Mikail, S. F. (1999). Empirically supported treatments in psychology: Implications for Canadian professional psychology. *Canadian Psychology*, 40, 289-302.
- Jarret, J. R., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G., Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: A randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.

- Lambert, M., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on client progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Witzleben, I., Schroeder, B., Flegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behavior Research and Therapy*, 11, 1251-1269.
- Linechan, M. M., Smidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., Comtois, K. A. (1999). Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279-292.
- Merril, J., Colbert, D., Wade, W. A. (2003). Transporting an empirically supported treatment for depression to a service clinic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239.
- Miranda, J., Azocar, F., Organista, K., Dwyer, E., Areane, P. (2003). Treatment of depression among impoverished primary care patients from ethnic minority groups. *Psychiatry Services*, 54, 219-225.
- Morgenstern, J., Blanchard, K., Morgan, L., Labouvie, H. (2001). Testing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment for substance abuse in community setting: Within treatment and posttreatment findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1007-1017.
- Moras, K. (1993). The use of treatment manuals to train psychotherapists: Observations and recommendations. *Psychotherapy*, 30, 581-586.
- Mufson, L., Pollack, K., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., Weissman, M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Organista, K. C., Munoz, R. F., Gonzalez, G. (1994). Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: Description of a program and exploratory analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 241-259.
- Parry, G. (1996). *NHS Psychotherapy Services in England, Rep. 96PP0043*. London: Department of Health.
- Persons, J. B., Bostrom, A., Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535-548.
- Persons, J. B., Burns, D. B., Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Peterson, A. L., Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29, 3-18.
- Rakowska, J. M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Scholar.
- Rakowska, J. M. (2006). *Badania nad psychoterapią*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie. Podręcznik akademicki* (s. 45-238). Warszawa: Eneteia.
- Report of a Division Task Force 32 (1997). *The Humanistic Psychologist*, 25, 1, 1-5.
- Roth, A. D., Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B. (1997). *Evidence-based medicine*. New York: Churchill Livingstone.
- Sanderson, W. C., Raue, P. J., Wetzler, S. (1998). The generalizability of cognitive behavior therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 323-330.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Seligman, M. R. P., Levant, R. (1998). Managed care policies rely on inadequate science. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 211-212.

- Strauss, B. M., Kaechele, H. (1998). The writing on the wall: Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158-177.
- Task Force Promotion Dissemination Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychology*, 48, 1, 3-23.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health setting: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29, 221-240.
- Tynan, W. D., Schuman, W., Lampert, N. (1999). Concurrent parent and child therapy groups for externalizing disorders: From the laboratory to the world of managed care. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 3-9.
- Verhuel, R., van den Bosh, L. M., Koetler, M. W., de Rider, M. A., Stajen, T., van den Drink, I. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month randomized clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Wade, W. A., Treat, T. A., Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-39.
- Weisz, J. R., Gordis, E., Chu, B., McLeod, B. D., Updegraff, A., Sutham-Gerow, M., Connor-Smith, J., Langer, D., Jensen-Doss, A., Weiss, B. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 387-396.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., Hawkins, L. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problems solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59-68.

EFFECTIVENESS  
OF EMPIRICALLY SUPPORTED  
PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS

S u m m a r y

Empirically supported treatments are rigorously based on experimental research. Applicable implications of these treatments are limited due to low external validity. Naturalistic research is required to increase external validity. Two methodological strategies of clinical utility evaluation of such treatments in natural settings are discussed. A proposal for client-focused research as a means of providing a framework that could potentially be used by researchers and clinicians to evaluate the effects of treatment in routine clinical practice is presented.

**Key words:** empirically supported treatments, efficacy, effectiveness, clinical utility evaluation methods, client-focused research.