

## Skuteczność psychoterapii. Badania ankietowe *Consumer Reports*\*

Martin E.P. Seligman\*\*

University of Pennsylvania

### THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY. THE CONSUMER REPORTS STUDY

*Consumer Reports* (1995, November) published an article which concluded that patients benefited very substantially from psychotherapy, that long-term treatment did considerably better than short-term treatment, and that psychotherapy alone did not differ in effectiveness from psychotherapy plus medication. Furthermore, no specific modality of psychotherapy did better than any other for any disorder; psychologists, psychiatrists and social workers did not differ in their effectiveness as treaters; and all did better than marriage counselors and long term family doctoring. Patients whose length of therapy or choice of therapist was limited by insurance or managed care did worse. The methodological virtues and drawbacks of this large-scale survey are examined and contrasted with the more traditional efficacy study in which patients are randomized into a manualized, fixed duration treatment or into control groups. I conclude that the CR survey complements the efficacy method, and that the best features of these two methods can be combined into a more ideal method that will best provide empirical validation of psychotherapy.

Jak można zbadać skuteczność psychoterapii? Istnieją dwie metody<sup>1</sup>: *badanie typu eksperymentalnego* i *badanie typu klinicznego*. Pierwsza z nich wykonywana jest częściej. Polega ona na tworzeniu grup porównawczych i osoby w grupie eksperymentalnej poddaje się określonego typu psychoterapii. Metoda ta posiada wiele zalet metodologicznych:

1. Pacjenci dobierani są do grup porównawczych na zasadzie losowej.

2. W skład grupy kontrolnej wchodzi nie tylko osoby nie poddawane żadnej terapii, ale także takie, które poddawane są działaniu placebo, czyli czynników mogących mieć znaczenie terapeutyczne (np. związek pacjent-terapeuta, oczekiwanie skuteczności terapii, uwaga skierowana na pacjenta).

3. Z góry ściśle określa się przebieg terapii, tworzy się scenariusze kolejnych sesji. Sesje nagrywane są na video i istnieje możliwość wychwycenia wszystkich odstępstw od planu i wprowadzenia koniecznych korekt.

\* Oryginalna wersja artykułu ukazała się pod tytułem: The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study w: (1995) *American Psychologist*, Vol. 50, No. 12, 723-739. © 1995 by the American Psychological Association. Artykuł przetłumaczony za zgodą wydawcy oraz autora. American Psychological Association nie jest odpowiedzialne za trafność tego tłumaczenia. Ani oryginał, ani niniejsze tłumaczenie nie może być powielane ani rozpowszechniane w żadnej formie (niezależnie od zastosowanej techniki reprodukcji), ani też zapisywane w bazie danych bez uprzedniej pisemnej zgody American Psychological Association.

**Uwaga edytorska:** Gary R. VandenBos był jednym z redaktorów tego artykułu.

\*\* Korespondencję na temat artykułu można kierować pod adresem: Martin E. P. Seligman, Department of Psychology, 3815 Walnut Street, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA 19104.

**Uwagi autora:** Chciałbym bardzo podziękować pracownikom CR za ich gotowość do udzielania mi pomocy i współpracę. Poglądy wyrażone w tym artykule są poglądami moimi i nie zawsze są zgodne z opiniami CR. Szczególne podziękowania kieruję dla Marka Kotkina, który był zawsze gotowy do przeprowadzania analizy danych i zawsze miał dużo nowych pomysłów, Joela Gurina, autora projektu badań i nadzorca jego realizacji; Donato Vaccaro, który połączył perspektywę badawczą CR z perspektywą specjalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego i Rochelle Green, która przedstawiła wyniki badań czytelnikom. Dziękuję również za cenne uwagi pomagające mi w pisaniu niniejszego artykułu, których udzielili mi: Neil Jacobson, Ken Howard, Lee Sechrest, David Seligman, Timothy Stickle, Michelle Steward-Fouts i George Stricker.

Niniejszy artykuł sponsorowany był m.in. przez PHS Grant MH19604.

4. Pacjenci odbywają określoną liczbę spotkań z terapeutą.

5. Przewidywane rezultaty terapii są dobrze zoperacjonalizowane (np. diagnoza w oparciu o kryteria DSM-IV, podanie liczby przeżytych orgazmów, ataków paniki, czy procent prawidłowo wypowiedzianych słów).

6. Ocena i diagnoza przeprowadzana jest przez osoby, które nie wiedzą do jakiej grupy porównawczej należy pacjent (wykorzystanie metody „podwójnie ślepej próby”, tak popularne w badaniu skuteczności leków, nie jest tu możliwe. Zarówno pacjent, jak i terapeuta wiedzą przecież na czym polega leczenie i możliwe jest tu jedynie spełnienie warunku „pojedynczo ślepej próby”).

7. Kryterium doboru pacjentów jest występowanie u nich pewnego określonego zaburzenia i zwykle wyklucza się osoby, których obraz kliniczny nie jest jednoznaczny.

8. Po zakończeniu terapii pacjenci są poddawani okresowym badaniom przy wykorzystaniu określonej baterii testów i innych narzędzi pomiarowych.

Klinicyści o zacięciu akademickim i teoretycy bardzo poważnie podchodzą do uzyskanych w ten sposób wyników. Badania takie, choć bardzo kosztowne i czasochłonne, są dzisiaj bardzo popularne (w ten sposób bada się również m.in. skuteczność leków), a niektóre z nich są rzeczywiście bardzo dobre. W oparciu o badania tego typu wiadomo, że terapia poznawcza, terapia interpersonalna i leki bywają skuteczne w leczeniu depresji jednobiegunowej; że zarówno technika postawienia pacjenta w sytuacji, której się boi, jak i chloripramina częściowo zmniejszają objawy nerwicy natręctw, chociaż efekty uzyskane przy zastosowaniu tego pierwszego są bardziej trwałe; że terapia poznawcza leczy napady paniki a systematyczna desensytyzacja leczy niektóre fobie; że technika „wzmaganie napięcia” jest rzeczywiście skuteczna w terapii fobii związanej z lękiem przed krwią i zranieniem; że medytacja transcendentalna obniża poziom lęku; że terapia awersyjna jest rzadko skuteczna w terapii osób dopuszczających się czynów lubieżnych; że efekty działania disulframu (*Antabuse*) mającego leczyć alkoholików są krótkotrwałe; że równoległe zastosowanie „zatapiania” i leków jest skuteczniejsze w terapii agorafobii niż jedynie „zatapianie” lub jedynie leków; że terapia poznawcza jest skuteczniejsza niż leki w leczeniu bulimii (przeгляд wyników badań patrz Seligman, 1995).

Wysoko cenione obecnie określenie: „udowodnione empirycznie”, jest praktycznie równoznaczne z faktem uzyskania istotnych statystycznie wyników w badaniu eksperymentalnym i wielu badaczy uważa,

że tego typu badania to najlepsza metoda mierzenia skuteczności terapii.

Takie było również moje zdanie gdy pisałem *Co możesz zmienić a czego nie możesz* (Seligman, 1995). Próbując podsumować aktualną wiedzę na temat skuteczności różnych leków i psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych przeczytałem setki sprawozdań z badań eksperymentalnych i wywarły one na mnie bardzo dobre wrażenie. Sądziłem, że są one najlepszym narzędziem naukowym, dzięki któremu można przewidywać skuteczność nowej terapii w leczeniu określonego zaburzenia. Osobami badanymi są starannie dobrani pacjenci, terapia przebiega w ściśle określony sposób a więc wiarygodność jest zmaksymalizowana.

Ostatnio jednak zmieniłem zdanie. Stało się to pod wpływem badań przeprowadzonych przez *Consumer Reports (CR)*<sup>2</sup> (listopad 1995). Okazało się bowiem, że jest różnica między skutecznością terapii w warunkach eksperymentalnych i jej skutecznością w praktyce klinicznej (Munoz et al., 1994). Już nie uważam, że badania eksperymentalne są jedynym czy najlepszym sposobem sprawdzenia praktycznej skuteczności terapii. Przekonałem się, że badanie skuteczności psychoterapii w rzeczywistym świecie, tego jakie korzyści naprawdę wynoszą z niej pacjenci, może być przydatnym i godnym zaufania sposobem „udowodnienia empirycznego”. Pionierskim badaniem tego typu było właśnie wspomniane badanie *CR*.

## CZEGO BRAKUJE W BADANIACH EKSPERYMENTALNYCH?

Można przypuszczać, że na liście terapii, których skuteczność „udowodniono empirycznie” za pomocą badań empirycznych brakuje jedynie terapii nieskutecznych (*założenie o nieskuteczności*). Takie założenie stanowi wyzwanie dla praktyków, ponieważ na liście nie ma metod najczęściej przez nich stosowanych, takich jak długoterminowa terapia dynamiczna, terapia rodzinna i psychoterapie eklektyczne. Poniżej chciałbym dokładniej je przeanalizować ponieważ jego błędność daje podstawy do stworzenia nowej metody badania efektywności psychoterapii – badania jej skuteczności.

Najbardziej oczywistym argumentem przeciwko „założeniu o nieskuteczności” jest stwierdzenie, że efektywności długoterminowej terapii dynamicznej, terapii rodzinnej i terapii eklektycznej nie można testować wykorzystując metodę eksperymentu i tym samym nie można „udowodnić empirycznie” ich sku-

teczności czy nieskuteczności. Jest to niemożliwe ze względu na ich złożoność i skomplikowanie. Jak miałyby przebiegać dobre badania eksperymentalne długoterminowej terapii dynamicznej? Wiązałyby się ono z utworzeniem grupy kontrolnej nie leczonej przez kilka lat, znalezieniem równie długoterminowej metody porównawczej cechującej się podobnymi czynnikami niespecyficznymi, takimi jak relacja terapeuta-pacjent, uwaga skierowana na pacjenta i oczekiwanie skuteczności terapii. Konieczne byłoby napisanie szczegółowych scenariuszy setek sesji i losowy dobór pacjentów do co najmniej rocznej terapii. Aż strach myśleć o problemach etycznych i metodologicznych związanych z przeprowadzeniem takiego badania, nie wspominając już o jego kosztach.

Chociaż nie można podważyć prawdziwości powyższego argumentu, to nie zmienia on kłopotliwej sytuacji przeciętnego psychoterapeuty, który mając dostęp do obszernej literatury dotyczącej efektywności całej gamy nie stosowanych przez niego terapii krótkoterminowych nie ma żadnego naukowego dowodu na rzecz wartościowości terapii praktykowanej przez siebie.

Jest i lepszy argument przeciwko „założeniu o nieskuteczności”: *badanie eksperymentalne jest złą metodą empirycznego sprawdzania praktycznej wartości psychoterapii, ponieważ nie obejmuje ono zbyt wielu ważnych elementów praktyki.*

Oto lista pięciu czynników, które mogą mieć wpływ na poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjenta, a które charakteryzują przebieg psychoterapii w praktyce. Ściśle kontrolowane badania nie uwzględniają żadnego z nich, nie mogą zatem oddawać trafnego obrazu skuteczności rzeczywistej terapii.

1. *Czas psychoterapii w praktyce, tak jak czas trwania każdego leczenia, nie jest z góry określony.* Psychoterapia trwa tak długo jak długo stan pacjenta nie ulega widocznej poprawie lub dopóki pacjent jej nie przerwie. W badaniach eksperymentalnych zwykle terapia kończy się po odbyciu określonej liczby spotkań (najczęściej dwunastu), bez względu na stopień poprawy stanu pacjenta.

2. Podobnie jak w przypadku innych sposobów leczenia, *psychoterapia w praktyce ma charakter samokorekcyjny.* Gdy pewna technika okazuje się nieskuteczna, wtedy terapeuta sięga po inną lub zmienia model terapii. W badaniach drugiego typu scenariusz przebiegu terapii z góry określa stosowane podejście i techniki.

3. *W praktyce często pacjenci sami wybierają odpowiadający im typ psychoterapii i psychoterape-*

*uty.* Jest to normalne w przypadku prywatnych terapeutów, a czasami jest tak w przypadku pacjentów korzystających ze zorganizowanej opieki medycznej. W badaniach eksperymentalnych pacjenci dobierani są do grup porównawczych losowo i nie mają wpływu na wybór leczącego ich specjalisty.

4. *W praktyce pacjenci zwykle cierpią na więcej niż jedno zaburzenie* i psychoterapia jest ukierunkowana na likwidowanie problemów istniejących równolegle i mających charakter interakcyjny. Do badań eksperymentalnych pacjentów dobiera się tak by można było na podstawie długiej listy kryteriów postawić im jednoznaczna diagnozę (z wyjątkiem sytuacji gdy uważa się, że dwa zaburzenia są ze sobą powiązane).

5. *Psychoterapia w praktyce jest ukierunkowana zarówno na leczenie określonego zaburzenia i zmniejszanie objawów, jak i na poprawę ogólnego funkcjonowania pacjenta.* Badania typu eksperymentalnego zwykle skupiają się tylko na tym pierwszym elemencie.

Trudno wyobrazić sobie przeprowadzenie poprawnego metodologicznie badania eksperymentalnego terapii, której czas trwania jest nieokreślony, która wiąże się z dokonywaniem samokorekcyjnych improwizacji, której celem jest poprawa jakości życia pacjenta oraz zlikwidowanie objawów jego zaburzenia; terapii, w której dobór pacjentów cierpiących na więcej niż jedno zaburzenie nie jest losowy. Nie oznacza to jednak, że nie ma empirycznego sposobu sprawdzenia jej skuteczności – okazuje się, że jest to możliwe przy wykorzystaniu metody badań ankietowych dużej liczby osób, które poddały się takiej terapii. Poniżej przedstawię analizę zalet i wad badania przeprowadzonego przez CR (1995) i porównam je z zasadami przeprowadzania badań drugiego typu.

## BADANIA CONSUMER REPORTS

*Consumer Reports (CR)* opublikowało doniesienie z badań na temat skuteczności psychoterapii i leków. Pytania związane z tym zagadnieniem oraz tradycyjne pytania dotyczące oceny narzędzi i świadczonych usług były częścią jednej z wersji corocznego kwestionariusza (rok 1994). Kwestionariusz, zawierający ok. 100 pytań na temat samochodów i problemów dotyczących kwestii zdrowia psychicznego, rozesłano do 180000 czytelników. O wypełnienie części dotyczącej problemów zdrowia psychicznego proszono tych respondentów, którzy „kiedykolwiek w ciągu ostatnich trzech lat doświadczyli stresu lub innych problemów o charakterze emocjonalnym

skłaniających ich do poszukiwania pomocy u jakiegokolwiek z niżej wymienionych osób: przyjaciela, członka rodziny, księdza, specjalisty (np. psychologa czy psychiatry), lekarza rodzinnego czy grupy wsparcia". Odpowiedziało 22000 czytelników, w tym ok. 7000 poruszyło kwestie dotyczące problematyki psychoterapii. W tej grupie ok. 3000 osób rozmawiało z przyjacielem, krewnym czy księdzem; 4100 osób korzystało z pomocy profesjonalisty, lekarza rodzinnego i grup wsparcia (w tym 2900 respondentów kontaktowało się ze specjalistą w dziedzinie zdrowia psychicznego: 37% z psychologiem, 22% z psychiatrą, 14% z pracownikiem socjalnym i 9% z doradcą do spraw małżeńskich. Pozostałe 18% szukało pomocy u innych). 1 300 osób korzystało z pomocy grup wsparcia, około 1000 rozmawiało z lekarzem domowym. Respondenci najczęściej mieli wyższe wykształcenie, pochodzili z klasy średniej, połowę z nich stanowiły kobiety, mediana wieku tej grupy wynosiła 46 lat.

26 pytań kwestionariusza dotyczyło korzystania z usług specjalistów w dziedzinie psychoterapii. Podobne, lecz mniej szczegółowe pytania dotyczyły lekarzy, leków i grup samopomocy:

- Jaki typ terapeuty

- Jaki problem (np. ogólny niepokój, panika, fobia, depresja, obniżony nastrój, nadużywanie alkoholu lub narkotyków, żaloba, waga, zaburzenia łaknienia, problemy małżeńskie lub seksualne, dzieci i rodzina, praca, stres)

- Stan emocjonalny na początku terapii (od *bardzo zły* do *bardzo dobry*)

- Stan emocjonalny teraz (od *bardzo zły* do *bardzo dobry*)

- Terapia grupowa czy indywidualna

- Czas trwania terapii i ilość spotkań

- Typ terapii (psychodynamiczna, behawioralna, poznawcza, feministyczna)

- Koszt terapii

- Ograniczenia wynikające z warunków polisy ubezpieczeniowej

- Kompetencje terapeuty

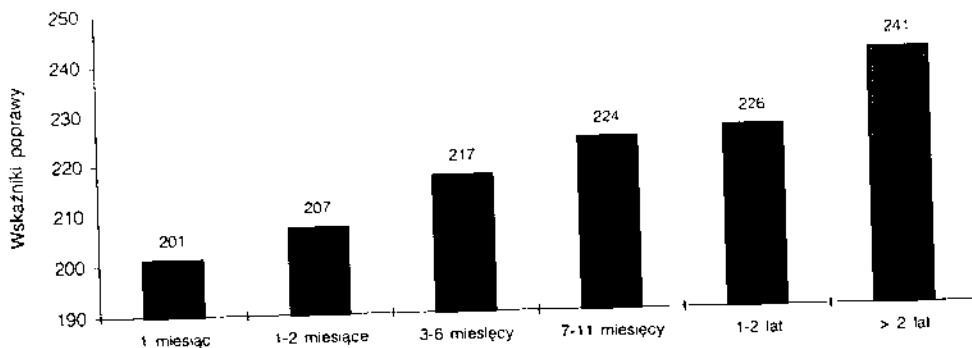
- Skuteczność psychoterapii (od *bardzo pomogła* do *znacznie pogorszyła sytuację*) i w jakich sferach (specyficzny problem, który był powodem rozpoczęcia terapii, stosunki z innymi ludźmi, produktywność, radzenie sobie ze stresem, większe zadowolenie z życia, rozwój i wgląd w siebie, samoocena i poczucie pewności siebie, polepszenie nastroju)

- Zadowolenie z terapii

- Przyczyny zakończenia terapii (rozwiązanie problemów lub zmniejszenie ich wagi, wątpliwości co do skuteczności dalszej terapii, terapeuta zalecił koniec terapii, pojawienie się nowego terapeuty, wątpliwości co do poziomu kompetencji terapeuty, koszty, problemy z ubezpieczeniem)

W oparciu o tę metodę uzyskano bardzo dużą ilość danych, które poddano wyszukanej analizie statystycznej. Mając zaszczyt bycia konsultantem w badaniach CR miałem dostęp do całego zestawu wyników. W niniejszym artykule przedstawiam tę ich część, której nie znają nawet uważni czytelnicy doniesienia z badań przedstawionego na łamach CR. Osoby zajmujące się analizą wyników uznały, że oparcie się na pojedynczym wskaźniku skuteczności terapii nie wystarczy i stworzyły wskaźnik, na który składają się trzy podskale:

1. Poprawa specyficzna („Na ile terapia była skuteczna w leczeniu konkretnego problemu, który skłonił Panią/Pana do szukania pomocy?"; *nie nie zmieniła, trochę pogorszyła problem, zdecydowanie pogorszyła, nie wiem*);



Rys. 1. Czas trwania terapii

Uwaga:  $N = 2.846$ . 300-punktową skalę utworzono z nieważonej sumy wyników na trzech podskalach 100-punktowych, mierzących poziom specyficznej poprawy (na ile terapia była skuteczna w leczeniu konkretnego problemu, który skłonił respondenta do szukania pomocy), zadowolenie ze sposobu leczenia przez terapeutę i stopień ogólnej poprawy (porównanie sposobu w jaki respondenci opisywali swój „ogólny stan emocjonalny” w czasie badania i w okresie przed podjęciem terapii).

2. Zadowolenie („W jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolony ze sposobu leczenia przez terapeutę?”; *całkowicie zadowolony, bardzo zadowolony, zadowolony, trochę zadowolony, bardzo niezadowolony, całkowicie niezadowolony*);

3. Poprawa ogólna (porównanie sposobu w jaki respondenci opisywali swój „ogólny stan emocjonalny” w czasie badania i w okresie przed podjęciem terapii: *bardzo źle* – Z trudem daję sobie radę; *źle* – Moje życie jest wyjątkowo ciężkie; *tak sobie* – Czasami lepiej, czasami gorzej; *całkiem dobrze* – Nie mogę na nic szczególnie narzekać; *bardzo dobrze* – Moje życie jest takie jakiego chcę).

• Terapia długoterminowa okazała się skuteczniejsza niż terapia krótkoterminowa. Efekt ten jest bardzo wyraźny i występuje przy zastosowaniu różnych modeli analizy statystycznej. Wynik ogólny ilustruje rys. 1, na którym stopień poprawy przedstawiony jest jako funkcja długości trwania terapii. Podobne wyniki uzyskano w badaniach skuteczności samej terapii i terapii plus leków (por. Howard et al., 1986).

• Sama psychoterapia była równie skuteczna jak połączenie psychoterapii i leczenia farmakologicznego (niewielu respondentów otrzymywało leki bez jakiegokolwiek psychoterapii). Taki sam wynik uzyskano dla leczenia różnego typu zaburzeń.

Tab. 1

Związek między ograniczeniami wynikającymi z warunków polisy ubezpieczeniowej a skutecznością terapii

| Ograniczenia wynikające z warunków polisy | % wymienionego itemu | Polisa ograniczona |                     | Polisa nieograniczona |                     |
|---|----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|   |                      | Ogółem             | Specyficzna poprawa | Ogółem                | Specyficzna poprawa |
| Rodzaj terapii                            | 20                   | 211                | 77                  | 224                   | 83                  |
| Częstotliwość spotkań                     | 26                   | 214                | 79                  | 224                   | 82                  |
| Czas trwania terapii                      | 24                   | 212                | 78                  | 224                   | 83                  |
| Co najmniej jedno z w/w                   | 43                   | 212                | 78                  | 226                   | 83                  |

Uwaga. N = 2.900. Wszystkie różnice uzyskane przy porównaniu wyników dotyczących ogólnych i specyficznych rezultatów terapii były znaczące statystycznie na poziomie  $p < .01$  (oprócz odpowiedzi na pytanie o częstotliwość spotkań z terapeutą, gdzie  $p < .05$ ). Zastosowano statystyczną kontrolę dla stopnia powagi pacjenta i czasu trwania terapii. Na podstawie Consumer Reports 1994 Annual Questionnaire.

Każda podskala została przekształcona i wazona w skali 0-100 pkt., co w rezultacie dało skalę efektywności od 0 do 300 pkt. W analizie statystycznej wykorzystano głównie metodę wielokrotnej regresji, w której brano pod uwagę początkowy stopień wagi problemu i czas trwania terapii.

Oto niektóre uzyskane wyniki:

• Terapia prowadzona przez psychoterapeutów specjalistów najczęściej była skuteczna. Większość respondentów wskazuje na poprawę swojego stanu psychicznego: – z 426 osób, które czuły się na początku terapii *bardzo źle*, w czasie badania 87% czuło się *bardzo dobrze, dobrze* lub przynajmniej *tak sobie*. Z 786 osób, które na początku terapii czuły się *źle* 92% później czuło się *bardzo dobrze, dobrze* albo *tak sobie*. Wyniki CR są podobne do wyników uzyskanych w metaanalizie badań eksperymentalnych (Lipsey, Wilson, 1993; Shapiro, Shapiro, 1982; Smith et al., 1980).

• Wszyscy specjaliści pomogli swoim pacjentom. Psychologowie, psychiatry i pracownicy socjalni okazali się równie skuteczni (kolejno 220, 226 i 225 punktów na skali 0-300, brak różnic istotnych statystycznie) i lepsi niż doradcy do spraw małżeńskich (istotny statystycznie niższy wynik – 208 pkt.).

• Lekarze rodzinni byli równie skuteczni w terapii krótkoterminowej jak specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego, ale prowadzona przez nich terapia długoterminowa okazała się mniej skuteczna. Część respondentów (osoby cierpiące z powodu poważnych problemów) korzystała zarówno z pomocy lekarza rodzinnego, jak i psychoterapeuty. U pacjentów korzystających tylko z pomocy lekarza domowego uzyskano ogólną poprawę na poziomie 213 pkt. dla terapii trwającej do 6 miesięcy i na poziomie 212 pkt. dla terapii dłuższej. W przypadku pacjentów psychoterapeutów specjalistów uzyskano wynik wyższy: 211 pkt. w terapii do 6 miesięcy i 232 pkt.

kiedy leczenie trwało dłużej. Efektem fachowej terapii długoterminowej była nie tylko poprawa w zakresie konkretnych problemów, skłaniających do poszukiwania pomocy, ale także wzrost poziomu ogólnego funkcjonowania: zdolności wchodzenia w relacje interpersonalne, radzenia sobie ze stresem, rozwoju osobistego i wglądu w siebie, samooceny, pewności siebie i radości życia.

• Leczenie w grupach Anonimowych Alkoholików było bardzo skuteczne – przeciętny wskaźnik poprawy wynosił 251 pkt. (więcej niż dla pacjentów psychoterapeutów). Respondenci korzystający z pomocy innych grup samopomocy cierpieli na mniej poważne problemy i ich wskaźnik poprawy był niższy (przeciętnie 215 pkt.).

• Terapia osób samodzielnie i aktywnie poszukujących pomocy dała lepsze wyniki niż terapia osób biernych (wyniki uzyskano na podstawie analizy odpowiedzi na pytania: „Czy Pan/Pani poddał się terapii z własnej woli?”, „Czy o wyborze terapeuty zdecydowała analiza jego kwalifikacji, doświadczenia, proponowanej częstotliwości spotkań, czasu trwania terapii, jej kosztów?“, „Czy Pan/Pani rozmawiał z kimś, kto był już leczony przez tego terapeutę, czy myślał o wyborze innego terapeuty?“; „Czy w trakcie trwania terapii był Pan/Pani otwarty, prosił o wyjaśnienie diagnozy i niezrozumiałych określeń, odrabiał zadania domowe, rzadko odwoływał spotkania, omawiał swoje negatywne emocje w stosunku do terapeuty?“).

• Żaden z rodzajów terapii nie okazał się lepszy niż inne w leczeniu określonej kategorii zaburzeń. Wynik taki może potwierdzać słuszność „hipotezy ptaka dodo”, według której wszystkie formy psychoterapii są równie skuteczne (Luborsky et al., 1975). Może to zaskakiwać zwolenników metody eksperymentalnej, której głównym celem jest sprawdzanie skuteczności określonych typów terapii w leczeniu określonych typów zaburzeń.

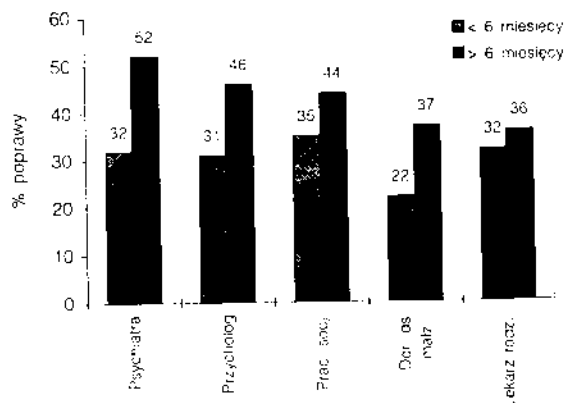
• U respondentów, którzy ze względu na ograniczenia związane z warunkami polisy ubezpieczeniowej nie mogli swobodnie dokonać wyboru terapeuty i długości trwania terapii, stwierdzono mniejszą poprawę (analiza odpowiedzi na pytanie: „Czy ograniczenia wynikające z warunków polisy ubezpieczeniowej wpłynęły na dokonany przez Pana/Panią wybór terapeuty, częstotliwość spotkań lub długość trwania terapii?“) (patrz tab. 1).

Powyższe wyniki są bardzo ważne, choć niektóre z nich z powodu ograniczeń technicznych nie zostały opublikowane w listopadowym numerze *CR*. Część z nich jest dla mnie dużym zaskoczeniem, nie będę jednak tego komentować w tym artykule. Zajmę się raczej analizą wartości metodologicznej zastosowa-

nej tu metody i spróbuję odpowiedzieć na pytanie czy powyższe wyniki są wiarygodne i jak w przyszłości można udoskonalić tego typu badania by dały nam one prawdziwszy obraz efektywności psychoterapii.

#### ZALETY METODOLOGICZNE BADANIA PRZEPROWADZONEGO PRZEZ *CR*:

**Dobór osób badanych.** Na podstawie znanej mi literatury muszę stwierdzić, że nie przeprowadzono dotychczas badania skuteczności psychoterapii, które objęłyby więcej osób niż badanie *CR*. Choć badana próba nie jest reprezentatywna dla całej populacji Stanów Zjednoczonych, to można przypuszczać, że jest to grupa reprezentatywna dla wykształconej klasy średniej, z której pochodzi większość osób poddających się psychoterapii. Co szczególnie ważne, jest to próba reprezentująca tych, którzy poddają się jej dobrowolnie, a nie tych, którzy nie wierzą w jej skuteczność, czy w skuteczność leków. Respondentów można określić jako osoby, które rozwiązują problemy aktywnie i samodzielnie.

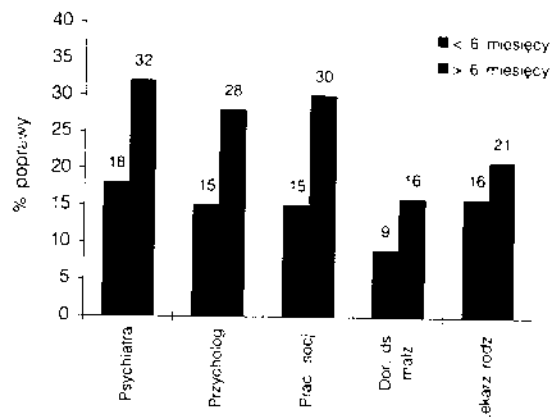


Rys. 2. Poprawa w zakresie symptomów

Uwaga:  $N = 2.738$ . Procent respondentów, którzy stwierdzili, że leczenie wiązało się ze znacznym polepszeniem sposobu ich funkcjonowania w zakresie problemu, który skłonił ich do poszukiwania pomocy u psychiatry ( $n = 630$ ), psychologa ( $n = 1.052$ ), pracownika socjalnego ( $n = 250$ ), doradcy do spraw małżeńskich ( $n = 250$ ) czy lekarza rodzinnego ( $n = 616$ ). Podział na pacjentów przebywających w terapii krócej i dłużej niż sześć miesięcy.

**Czas trwania terapii.** *CR* interesowała skuteczność terapii trwających krócej niż miesiąc i terapii trwających do dwóch lat i dłużej. Ze względu na naturalistyczny charakter badań można przypuszczać, że respondenci przerywali terapię wtedy, gdy (a) wystąpiła u nich wyraźna poprawa, (b) rezygnowali z terapii, chociaż ich stan nie polepszył się, (c) skończyła się ich polisa ubezpieczeniowa. W przeciwieństwie do badań typu eksperymentalnego, w których czas trwania terapii jest określony

z góry, wyniki badania CR dają nam informacje na temat efektywności psychoterapii, trwającej tak długo, jak długo trwa ona w praktyce.



Rys. 3. Poprawaw pracy i funkcjonowaniu społecznym

Uwaga:  $N = 2.738$ . Średni procent respondentów, którzy stwierdzili, że leczenie wiązało się ze znacznym polepszeniem sposobu ich funkcjonowania w zakresie trzech sfer zdolności do wchodzenia w satysfakcjonujące związki interpersonalne, produktywności w pracy i umiejętności radzenia sobie ze stresem dnia codziennego. Podział na pacjentów korzystających z pomocy u psychiatry ( $n = 639$ ), psychologa ( $n = 1.052$ ), pracownika socjalnego ( $n = 250$ ), doradcy do spraw małżeńskich ( $n = 250$ ) czy lekarza rodzinnego ( $n = 616$ ), i na pacjentów przebywających w terapii krócej i dłużej niż sześć miesięcy.

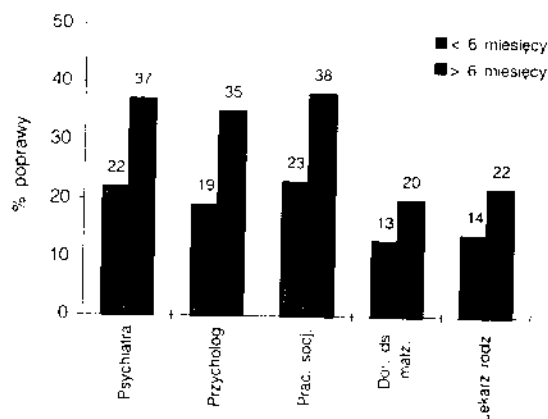
**Samokorekcja.** Badanie CR dotyczyło skuteczności psychoterapii w praktyce klinicznej, w której nie ma określonych z góry scenariuszy każdej sesji i w zależności od potrzeb wprowadza się nowe techniki. Jest to kolejna zaleta tego typu badań, której nie ma w badaniach eksperymentalnych.

**Niejednoznaczność diagnozy.** Większość respondentów CR cierpiała z powodu więcej niż jednego problemu, a część z nich można by określić jako grupę „subkliniczną”, nie odpowiadającą kryteriom żadnego z zaburzeń opisanych w DSM-IV. W przeciwieństwie do metody eksperymentalnej nie odrzucano osób nie odpowiadających ścisłym kryteriom diagnozy, skład badanej próby był więc reprezentatywny dla populacji ludzi szukających pomocy psychoterapeutycznej.

**Poziom ogólnego funkcjonowania.** W badaniach CR obok pytań o redukcję zaburzeń, skłaniających do szukania pomocy, pytano również o ocenę stopnia poprawy ogólnego funkcjonowania: efektywności w pracy, jakości związków interpersonalnych, samopoczucia, możliwości wglądu i rozwoju (rys. 2 przedstawia uzyskane wyniki dotyczące skuteczności terapii w zakresie redukcji konkretnych objawów, rys. 3 przedstawia stopień odczuwanej poprawy w sferze zawodowej i kontaktów społecznych a rys. 4 w sferze życia osobistego). Największa poprawa w

zakresie początkowego problemu i ogólnego funkcjonowania była efektem terapii trwającej dłużej niż 6 miesięcy. W badaniach drugiego typu nie bada się stopnia poprawy funkcjonowania psychicznego w różnych jego obszarach i tym samym badania te nie dostarczają informacji na temat skuteczności terapii w tej tak ważnej sferze. Badanie CR wypełniło powstałą w ten sposób lukę.

**Wartość kliniczna.** Problemem budzącym wiele dyskusji jest kwestia oceny „wartości klinicznej” psychoterapii. Celem badań eksperymentalnych jest poszukiwanie statystycznie istotnych różnic między wynikami uzyskanymi w grupach porównawczych i wyliczenie „wielkości efektu”. Ale jaki poziom istotności statystycznej świadczy o występowaniu różnic istotnych dla praktyki? Jaka „wielkość efektu” jest naprawdę znacząca? CR poradziło sobie z tym problemem, respondenci odpowiadali bowiem wprost na pytanie o to, na ile terapia była skuteczna w leczeniu nurtujących ich problemów (skala odpowiedzi od *bardzo pomogła* do *znacznie pogorszyła sytuację*). 54% badanych, którzy na początku terapii czuli się *bardzo źle* odpowiedziało, że terapia *bardzo im pomogła*, kolejne 30% stwierdziło, że terapia *trochę polepszyła* ich stan.



Rys. 4. Poprawa w sferze życia osobistego

Uwaga:  $N = 2.738$ . Średni procent respondentów, którzy stwierdzili, że leczenie wiązało się ze znacznym polepszeniem sposobu ich funkcjonowania w zakresie czterech sfer: zadowolenia z życia, zdolności wglądu i rozwoju osobistego, samoceny i poczucia pewności siebie oraz poprawy samopoczucia. Podział na pacjentów korzystających z pomocy u psychiatry ( $n = 639$ ), psychologa ( $n = 1.052$ ), pracownika socjalnego ( $n = 250$ ), doradcy do spraw małżeńskich ( $n = 250$ ) czy lekarza rodzinnego ( $n = 616$ ), i na pacjentów przebywających w terapii krócej i dłużej niż sześć miesięcy.

**Bezstronność.** Badania prowadzone przez CR są najbardziej bezstronnymi badaniami jakości towarów i usług w naszym kraju. CR nie stoi po stronie producentów leków, psychoterapeutów, lekarzy rodzinnych, publicznej służby zdrowia, przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, Anonimowych Alko-

holików, czy specjalistów praktykujących terapię długoterminową. Dla CR nie ma żadnego znaczenia fakt, że psychologowie są bardziej (lub mniej) skutecznymi terapeutami niż psychiatrzy, doradcy w sprawach małżeńskich i rodzinnych, czy pracownicy socjalni. CR nie zależy na uzyskaniu rządowych grantów albo sympatii przedsiębiorstw farmaceutycznych. CR nie zamieszcza na swoich łamach żadnych reklam. CR jest lojalne jedynie wobec konsumentów. Można więc mieć większe zaufanie do wyników ich badań niż do wyników badań prowadzonych pod egidą producentów leków, American Psychological Association, National Institute of Mental Health, czy nawet instytucji naukowych.

Podsumowując można stwierdzić, że główną zaletą metodologiczną badania CR jest jego realizm. Badano skuteczność psychoterapii w praktyce, jej efektów w leczeniu ludzi faktycznie jej poszukujących i dokonano tego w najbardziej szczegółowy i ekstensywny sposób, jaki jest możliwy. Podobne zalety cechują również badania naturalistyczne wykorzystujące wyszukane metody korelacyjne. Ponieważ badanie CR nie jest jednak ściśle kontrolowanym badaniem eksperymentalnym, to ma ono szereg poważnych słabości metodologicznych. Poniżej przedstawię ich analizę i spróbuję odpowiedzieć na pytanie o ile mogą one zmniejszać rzetelność uzyskanych wyników.

#### WADY I BRAKI METODOLOGICZNE BADANIA PRZEZ CR:

**Dobór osób badanych.** Czy jest możliwe, że kwestionariusze CR wypełniły i odesłały tylko te osoby, w przypadku których terapia była skuteczna? CR podjęło już wcześniej wiele starań by sprawdzić, czy przeprowadzane przez nie badania obciążone są stronniczością próby. Rozsyłane przez CR coroczne kwestionariusze są długie, mogą zawierać nawet ponad 100 pytań. Osoby, które je wypełniają, nie tylko poświęcają na to czas, ale i pieniądze, nie otrzymują bowiem zwrotu kosztów przesyłki na adres CR. Zwykle ilość otrzymanych z powrotem kwestionariuszy jest niska, podobna do 13% zwrotów otrzymanych w przypadku omawianych tu badań. Nadal nie wyklucza to jednak możliwości, że osoby wypełniające i odsyłające ankiety różnią się w jakiś sposób od reszty czytelników. Próbując rozwiązać ten problem CR przeprowadziło (standardową dla wszystkich corocznych badań kwestionariuszowych) „ankietę walidacyjną”, w przypadku której respondentom zwraca się koszty przesyłki zwrotnej. W takich warunkach odesłało ankiety 38% badanych, ale tak uzyskane wyniki nie różniły się od wyników

analizy kwestionariuszy przesłanych przez 13% czytelników, wobec których zastosowano procedurę typową.

Nadal nie można jednak odrzucić (szczególnie w świetle wyników wskazujących na bardzo dużą skuteczność terapii AA) możliwości wystąpienia dwóch innych rodzajów stronniczości próby. Z jednej strony, ponieważ uczestnictwo w grupach AA często trwa całe życie, w populacji osób, które w ciągu ostatnich kilku lat korzystały z terapii (pytanie: „Czy otrzymał Pan/Pani pomoc w ciągu ostatnich trzech lat?”) przeważają osoby, w przypadku których ten typ leczenia jest skuteczny. Z drugiej strony, alkoholicy, którym AA nie pomaga są znacznie mniej zdolni do normalnego funkcjonowania (m.in. do czytania i wypełniania długich kwestionariuszy CR) niż nieskuteczne leczeni przez psychoterapię nerwicowcy.

Podobna stronniczość próby może być przyczyną stwierdzenia małej skuteczności innych rodzajów terapii. Nie można wykluczyć, że w badanej próbie przeważały osoby, w przypadku których leczenie proponowane przez AA było skuteczne i o wiele mniej było osób, które odniosły korzyści z innego typu terapii.

A czy stwierdzona duża skuteczność terapii długoterminowej również nie jest artefaktem wynikającym z wystąpienia błędu tego typu? Można przypuszczać, że kontynuują terapię tylko ci pacjenci, w przypadku których jest ona skuteczna, reszta z niej rezygnuje. CR dostarczyło dowodu empirycznego wskazującego na bezzasadność powyższego przypuszczenia: pytania kwestionariusza dotyczyły nie tylko tego, kiedy pacjenci przegrali terapię, ale także przyczyny dla której to się stało. Ilość respondentów, którzy ją zakończyli, ponieważ dzięki niej ich problem został rozwiązany, jest taka sama w przypadku wszystkich długości terapii (dla terapii krótszej niż miesiąc – 60%, dla terapii trwającej przez 1-2 miesiące – 66%, dla 3-6 miesięcy – 67%, dla 7-11 miesięcy – 67%, dla okresu 1-2 lat – 67%, w terapii dłuższej – 68%).

Kolejna poważna wątpliwość co do możliwości generalizowania uzyskanych wyników wiąże się z faktem, że w badanej grupie znajdowały się tylko osoby, które same wybrały taki sposób leczenia. Każda z nich, w mniejszym lub większym stopniu, wierzyła w skuteczność psychoterapii i/lub leków. Każda z nich przyznała, że nurtuje ją jakiś problem i była przekonana, że określony specjalista i określony typ terapii okaże się skuteczny. Nie można zatem z całkowitą pewnością twierdzić, że psychoterapia okaże się również skuteczna w przypadku osób, które uważają, że nie mają żadnych problemów, i które nie wierzą i nie poddają się żadnemu leczeniu.



**Brak grup kontrolnych.** Wyniki badań CR wskazują na bardzo wysoką skuteczność wszystkich typów psychoterapii w leczeniu wszystkich typów zaburzeń. Większość respondentów, którzy w momencie rozpoczynania terapii czuli się *bardzo źle* lub *źle*, twierdziło, że terapia pomogła im w dużym (teraz czuli się *dobrze* lub *bardzo dobrze*) lub przynajmniej w pewnym (teraz oceniali swoje samopoczucie jako *takie sobie*) stopniu. Wszystkich zainteresowanych skutecznością terapii powinno ucieszyć odkrycie, że u tych, którzy cierpieli na poważne problemy zwykle później wystąpiła *wyraźna* poprawa. Może być to związane z wystąpieniem efektu sufitowego. Oznacza to, że jeżeli aktualnie leczy się pacjenta cierpiącego na jakieś poważne zaburzenie to prawdopodobieństwo, że w ciągu najbliższych 3 lat jego stan poprawi się, jest wysokie. Metodologia ostrzeżę nas jednak przed wyciąganiem zbyt pochopnych wniosków – znaczna ogólna poprawa może być wynikiem nie tyle skuteczności terapii czy działania leków ile raczej efektem samego upływu czasu.

Brak grup kontrolnych w badaniu CR uniemożliwia sprawdzenie czy istnieje różnica między efektywnością profesjonalnej psychoterapii a rolą samego upływu czasu, czy rozmowy z współczującym przyjacielem. Niestety w badaniach CR nie pytano o to jak skuteczne było porozmawianie o swoim problemie z niespecjalistą. Stanowi to poważny brak metodologiczny tych badań, ale można w nim wyróżnić kilka podgrup, które mogą w pewnym stopniu spełniać rolę wewnętrznych grup kontrolnych. Po pierwsze okazało się, że doradcy do spraw małżeńskich są znacznie mniej skuteczni w leczeniu wszystkich rodzajów zaburzeń o różnym stopniu nasilenia i w terapii o różnym czasie trwania, niż psychologowie, psychiatrzy i pracownicy socjalni. Doradcy ci mogą zatem stanowić grupę kontrolną, w której istnieje wiele czynników niespecyficznych mogących mieć wpływ na skuteczność leczenia, takich jak związek pacjent – terapeuta, uwaga skierowana na pacjenta i wpływ upływu czasu. Po drugie, można wykreślić krzywą reakcji, z której wynika, że terapia jest tym skuteczniejsza im jest dłuższa. Osoby, które były w terapii krócej niż miesiąc uzyskały średni wskaźnik poprawy równy 201 punktów, a te, których terapia trwała ponad dwa lata, 241 pkt. Po trzecie, okazuje się, że sama psychoterapia jest równie skuteczna w leczeniu wszelkiego rodzaju zaburzeń jak psychoterapia w połączeniu z lekami. W takiej sytuacji wprowadzenie grup kontrolnych nie jest potrzebne – przeprowadzono już tyle badań porównujących skuteczność leków i placebo, wskazujących na rzeczywistą skuteczność tych pierwszych, że uzasadnione wydaje się przypuszczenie, że jedynie

jeszcze raz okazałoby się, że psychoterapia jest skuteczniejsza niż placebo. Po czwarte, lekarze rodzinni byli mniej skuteczni w prowadzeniu terapii długoterminowej niż psychologowie, psychiatrzy i pracownicy socjalni. W tym miejscu można argumentować, że wyniki mogłyby być inne gdyby lekarze spotykali się ze swymi pacjentami równie często jak psychologowie, należy bowiem porównywać raczej długość rzeczywistego kontaktu, a nie czas trwania terapii (psychologowie czy psychiatrzy spotykają swych pacjentów co najmniej raz w tygodniu, lekarze rodzinni o wiele rzadziej). Często jednak respondenci narzekali na swoich lekarzy rodzinnych: 22% twierdziło, że „nie zapewнили im oni wsparcia emocjonalnego”, 15% napisało, że lekarz „podczas rozmowy dotyczącej problemów psychologicznych czuł się niepewnie” i 18% stwierdziło, że lekarz „był zbyt zajęty żeby ze mną porozmawiać”. W sumie wyniki badania CR wskazują na mniejszą skuteczność terapeutyczną długoterminowej opieki lekarza rodzinnego niż skuteczność działań psychoterapeuty specjalisty.

Również sami pacjenci przyczyn poprawy swego stanu upatrywali w poddaniu się psychoterapii, a nie przypisywali ich działaniu upływu czasu (tej kwestii dotyczyło pytanie: „Na ile terapia poprawiła Pana/Pani funkcjonowanie w następujących sferach?”). Można więc przypuszczać, że skuteczność terapii nie jest jedynie wynikiem upływu czasu. Nie zmienia to faktu, że badanie CR mogło być przeprowadzone lepiej – cenne byłoby wprowadzenie grup kontrolnych, które składałyby się z osób nie leczonych przez zawodowych psychoterapeutów, a cierpiących na takie same i tak samo natężone problemy psychiczne jak osoby z grupy eksperymentalnej (należy pamiętać, że i w tych warunkach niemożliwe byłoby losowe dobranie osób badanych do obu grup). Takie badania dostarczyłyby bardziej przekonujących dowodów na rzecz słuszności twierdzenia Bayesa, że psychoterapia jest skuteczniejsza niż rozmowa z przyjacielem, wizyta u astrologa czy pójście do kościoła.

**Subiektywizm.** Tak jak wszystkie dane uzyskane w badaniach ankietowych CR, tak i informacje dotyczące jakości pomocy udzielanej w ramach psychoterapii, mają charakter subiektywny. W badaniach tych nie sprawdza się prawdziwości udzielonych odpowiedzi na temat stopnia uzyskanej poprawy, sum objętych warunkami polisy ubezpieczeniowej, trafności diagnozy, czy typu terapii. Respondent wypełniając kwestionariusz może się mylić i niewątpliwie jest to dużą słabością tego typu badań.

Należy jednak pamiętać o dwóch rzeczach. Po pierwsze, szum który jest wprowadzony przez subiektywizm respondenta (np. błędne informacje na temat stopnia poprawy stanu zdrowia, natury problemu, typu terapeutę) ma charakter bardziej losowy niż systematyczny. Nie powinien więc mieć on wpływu na ukierunkowywanie rezultatów badań. Subiektywizm może mieć charakter bardziej optymistyczny lub bardziej pesymistyczny niż ocena niezaangażowanego obserwatora. Niewątpliwie jednak, respondenci są bardziej zaangażowani emocjonalnie w kwestie dotyczące swojej psychoterapii niż w kwestie dotyczące swego samochodu i należałoby przeprowadzić dalsze badania nad tym, czy zniekształcenie, spowodowane przez subiektywizm osób badanych, ma charakter losowy czy systematyczny.

Po drugie, największe zniekształcenia wynikające z subiektywizmu respondentów mogą dotyczyć oceny swego stanu emocjonalnego przed i po terapii, oceny stopnia poprawy w sferze nurtującego problemu, produktywności w pracy i w sferze kontaktów interpersonalnych. Zniekształcenia takie istnieją jednak zawsze, nawet w diagnozie postawionej przez doświadczoną klinicystę i korelacje między oceną subiektywną a diagnozą specjalistyczną są zwykle całkiem wysokie (co jest całkiem oczywiste, jeżeli pamiętać się o wariancji wspólnej, diagnoza kliniczna oparta jest przecież na introspekcyjnych ocenach pacjenta). Nie zmienia to faktu, że obecność obserwatorów jest zaletą metodologiczną badań i wprowadzenie diagnozy dokonanej przez osoby trzecie zwiększyłoby wartość metody kwestionariuszowej.

**Niezastosowanie metody ślepej próby.** Badania CR nie wykorzystują metody podwójnie czy nawet pojedynczo ślepej próby. Respondenci oceniają swój własny stan emocjonalny i wiedzą jakiego rodzaju terapii byli poddani. Mogą przeceniać zalety danej metody lub nadmiernie skupiać się na jej słabościach, tak aby potwierdzić lub zaprzeczyć wyobrażonym sobie oczekiwaniom twórców kwestionariusza. Moim zdaniem zarzut taki nie jest trafny. CR w badaniach nigdy nie wykorzystuje metody ślepej próby w ocenie produktów i usług, a gdyby przez to zmniejszona była trafność ocen respondentów, to już dawno zrezygnowano by z przeprowadzania tych ankiet. CR stosuje dwie metody sprawdzania trafności ocen czytelników: porównanie z wynikami badań producentów i sprawdzenie stałości ocen w czasie. W ten sposób można wykrywać systematyczne zniekształcenia w uzyskiwanych wynikach badań jakości towarów i usług.

**Nieodpowiednie miary wyników.** Zastosowane przez CR miary poprawy stanu zdrowia psychicznego miały charakter molarny. Wiele odpowiedzi było bardzo ogólnych, np. odpowiedź typu *zdecydowanie polepszyła* na pytanie o to „w jakim stopniu terapia okazała się skuteczna w leczeniu konkretnego problemu, który skłonił Pana/Panią do poszukiwania pomocy?”. Wartość badań znacznie by wzrosła gdyby zastosowano molekularne kryteria oceny, np. „Ile razy płakał Pan/Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni?” lub „Ile gramów alkoholu wypił Pan/Pani wczoraj?”. Z drugiej strony takie uszczegółowienie odpowiedzi mogło by zniechęcać część czytelników do wypełnienia kwestionariusza.

Powyższa słabość badania CR może wiązać się także z zarzutem, że zastosowane w nim miary wyników były *nieczyste*. Ta uwaga nabiera dużego znaczenia w świetle odkrycia, że żaden z rodzajów psychoterapii nie był skuteczniejszy niż inne w leczeniu jakiegokolwiek typu zaburzeń. Wykorzystanie bardziej szczegółowych miar, zorientowanych na specyficzne dla danego typu problemu objawy, mogłoby dostarczyć lepszych dowodów przemawiających przeciwko „hipotezie ptaka dodo”.

W tym punkcie można wspomnieć o jeszcze jednej słabości badania CR – miary wyników były słabo znormalizowane. Część pytań i odpowiedzi opierała się raczej na „trafności fasadowej”, niż na normalizacji odpowiedzi (np. odpowiedź na pytanie: „W jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolony ze sposobu leczenia przez terapeutę?”; mogła brzmieć *całkowicie zadowolony, bardzo zadowolony, zadowolony, trochę zadowolony, bardzo niezadowolony, całkowicie niezadowolony*, a na pytanie dotyczące porównania ogólnego stanu emocjonalnego w czasie badania i w okresie przed podjęciem terapii: *bardzo źle – Z trudem daję sobie radę, źle – Moje życie jest wyjątkowo ciężkie, tak sobie – Czasami lepiej, czasami gorzej, całkiem dobrze – Nie mogę na nic szczególnie narzekać, bardzo dobrze – Moje życie jest takie jakiego chcę*). Stwierdzenie, że 90% pacjentów, którzy na początku terapii czuli się *bardzo źle* lub *źle* po terapii czuło się *bardzo dobrze, dobrze czy tak sobie*, nie musi oznaczać, że osoby te powróciły do normy psychicznej w jakimkolwiek mocnym psychometrycznym sensie. Dodanie znormalizowanych miar oceny, np. Skali Depresji Becka zmniejszyłoby ten brak metodologiczny (z drugiej strony utrudniłoby wypełnianie kwestionariusza).

**Retrospektywność.** Odpowiedzi badanych na pytania dotyczące ich stanu zdrowia psychicznego miały charakter retrospektywny. Badania CR, polega-

jące na jednorazowym przesłaniu kwestionariusza są tanie, lecz z konieczności muszą mieć taki charakter. Retrospekcja ma mniejszą wartość niż aktualna obserwacja, choć ma jedną dużą zaletę: opowiadanie o swojej terapii w pewnym czasie po jej zakończeniu zwiększa trzeźwość oceny – opadła już początkowa euforia i idealizacja. Metoda retrospektywna nie pozwala na dokonywanie longitudinalnych obserwacji stopnia poprawy występującej wraz z upływem czasu i ocena skuteczności terapii długoterminowej oparta jest na porównaniu poprzeczno-sekwencyjnym. Dzięki badaniom prospektywnym możliwe byłoby obserwowanie poprawy dokonującej się w określonej grupie osób w określonym czasie.

Retrospektywność, która niewątpliwie jest wadą badania *CR*, prawdopodobnie jednak jest przyczyną błędów o charakterze losowym a nie systematycznym. Może ona prowadzić do podwyższania lub zmniejszania wyników, lecz tylko dalsze badania mogą odpowiedzieć na pytanie jaki charakter ma wprowadzony przez nią szum.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że *CR* w swoich badaniach zwykle korzysta z dwóch metod. Jedną z nich są testy laboratoryjne, które polegają np. na tym, że rozbija się o mur samochód jadący z prędkością 10 km/h i później bada się stopień uszkodzenia zderzaka. Druga to badania kwestionariuszowe czytelników. Pierwsza z tych metod odpowiada badaniom eksperymentalnym, druga badaniom klinicznym. Gdyby retrospektywność odpowiedzi udzielanych przez respondentów w zasadniczy sposób wpływała na rzetelność uzyskiwanych wyników, to *CR* już dawno zrezygnowałoby z tej metody, bo przecież ocena jakości używanych samochodów, usług proponowanych przez linie lotnicze, lekarzy i przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe opiera się na retrospekcji. Należy jednak pamiętać, że przeprowadzenie longitudinalnych badań ankietowych znacznie zwiększyłyby ich wartość. Pacjenci mogliby oceniać swój stan przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii, również dwukrotnie można by dokonywać ich diagnozy, a potem przeprowadzić staranny *follow-up*. Problemu retrospektywności nie rozwiąże się jednak nigdy – nawet badania prospektywne rozpoczynają się od przeprowadzenia rozmowy diagnostycznej z pacjentem, który opierając się na retrospekcji opisuje swój stan zdrowia poprzedzający pojawienie się zaburzenia.

**Fanatycy terapii.** Czy uzyskane przez *CR* wyniki wskazujące na większą skuteczność terapii długoterminowej niż krótkoterminowej można traktować

jako artefakt wywołany udzielaniem stronniczych odpowiedzi przez fanatyków psychoterapii, dla których jest ona nieodłącznym elementem życia? Możliwości takiej nie można odrzucić, ale nie jest to równoznaczne z wystąpieniem artefaktu. Osoby długo przebywające w terapii mogą w jej skuteczność naprawdę wierzyć. I rzeczywiście, okazuje się, że pacjenci długoterminowi stanowią grupę szczególnie: przychodzą do terapii z poważnymi problemami, wielu z nich cierpi na zaburzenia o charakterze emocjonalnym, przyjmuje leki, ma kontakt z psychiatrą, osoby z tej grupy częściej niż inne poddają się terapii psychodynamicznej. Prawdopodobnie badana przez nas próba jest reprezentatywna dla całej populacji pacjentów terapii długoterminowej. Wyniki uzyskane przez te osoby wskazują na dużą skuteczność terapii, zarówno w sferze problemu, który skłonił do poszukiwania pomocy, jak i w zakresie zdolności do wglądu, rozwoju, poczucia pewności siebie, produktywności w pracy, jakości relacji interpersonalnych i zadowolenia z życia.

Należy jeszcze rozważyć możliwość, że ludzie, którzy pozostają w terapii dwa lata lub dłużej są skłonni do jej kontynuowania i są lojalni wobec terapeuty. Może to zniekształcać wyniki w kierunku jaśniejszego obrazu terapii. Wydaje się to jednak mało prawdopodobne, ponieważ stopień poprawy relacjonowany przez osoby, które są w terapii już ponad dwa lata nie różnił się od oceny skuteczności dokonanej przez tych, którzy terapię zakończyli (kolejno 242 i 245 pkt.).

**Brak doboru losowego.** Pojawieniu się wyżej opisanych błędów można by zapobiec wprowadzając do badań zasadę randomizacji. Wtedy jednak nie uzyskanoby wyników wskazujących na skuteczność psychoterapii w praktyce, w stosunku do osób, które same jej szukają. Brak doboru losowego może być jednym z ważniejszych czynników zwiększających wartość metody stosowanej przez *CR* i główną wadą metody eksperymentalnej. (Seligman, 1993).

Dobór losowy pacjentów do danego typu terapii i do danego terapeuty zmniejsza remoralizujący efekt terapii i ogranicza ilość możliwych podejść terapeutycznych. Zatrzymajmy się na chwilę nad wynikiem badania *CR* pokazującym, że dla żadnego typu zaburzeń psychoterapia w połączeniu z lekami nie jest skuteczniejsza niż sama psychoterapia (z powodu małej liczby przypadków z analizy wykluczono schizofrenię i depresję dwubiegunową). Najprościej można to wyjaśnić bezużytecznością środków farmakologicznych. Ze względu na brak randomizacji należy jednak powstrzymać się przed wyciąganiem

takich pochopnych wniosków. Inną przyczyną uzyskania takiego wyniku może być to, że terapeuci bardzo starannie dobierają typ terapii do typu zaburzeń pacjenta i jednym zalecają psychoterapię plus leki, innym tylko psychoterapię. Przypomina to zasadę samokorekcji, zgodnie z którą style i techniki terapeutyczne dobiera się w oparciu o obserwację stopnia poprawy stanu pacjenta. Innymi słowy, leki i psychoterapia mogły być bardzo skuteczne w leczeniu ściśle określonej podgrupy osób badanych.

W sumie można stwierdzić, że zasada randomizacji, jedna z głównych zalet badań eksperymentalnych, jest całkowicie bezwartościowa w przypadku badań nad skutecznością psychoterapii w praktyce. Ciekawe jakie byłyby wyniki badania skuteczności terapii gdyby porównywano dwie grupy pacjentów: jedną dobraną losowo w oparciu o diagnozę konkretnego zaburzenia i drugą nie dobraną losowo. Decydujący wpływ na skuteczność terapii może mieć właściwy dobór metody leczenia, leku i sekwencji technik oraz możliwość wybierania przez pacjenta terapeuty i metody, co do skuteczności której jest on przekonany.

**Idealne badania.** Badania *CR* należy traktować poważnie, nie tylko ze względu na charakter ich wyników i to, kto je przeprowadził, ale także ze względu na stosowaną w nich metodę. Jest to badanie zakrojone na dużą skalę, dotyczy efektywności rzeczywistej psychoterapii, obejmuje osoby samodzielnie jej poszukujące, uzyskano w nim wyniki wskazujące na skuteczność psychoterapii w leczeniu konkretnych zaburzeń psychicznych i optymalizowaniu ogólnego sposobu funkcjonowania (zdolności do wglądu, rozwoju, produktywności, nastroju, zadowolenia z życia i relacji interpersonalnych). Jest to badanie statystycznie poprawne, którego wyniki mają duże znaczenie kliniczne, związane z niewielkimi kosztami finansowymi.

W badaniach interesowano się skutecznością psychoterapii i leków stosowanych w praktyce wobec osób, które same ich szukają oraz powodami dla których przerywa się leczenie. Jest to ich główna zaleta, której nie mają badania eksperymentalne. Co trzeba najmniej przyznać, że badanie *CR* i wykorzystana w nim metoda kwestionariuszowa są cennym źródłem dodatkowych informacji na temat skuteczności psychoterapii i nowym sposobem badania tego zagadnienia.

Badanie *CR* ma również wady. Główną z nich jest to, że odpowiada ono na pytanie o skuteczność psychoterapii tylko w ograniczonym zakresie. Na pytanie „Czy psychoterapia może pomóc?” można

udzielić trzech typów odpowiedzi. Po pierwsze, można pokazać, że psychoterapia jest skuteczniejsza niż coś innego, np. rozmowa z przyjacielem, pójście do kościoła lub bierność. W badaniu *CR* nie było grup porównawczych i nie może ono bezpośrednio udzielić odpowiedzi na tę formę pytania. Po drugie, można stwierdzić, czy dzięki psychoterapii ludzie powracają do normalnego życia lub przynajmniej do stanu gdzieś między dwoma odchyleniami standardowymi od średniej. Badanie *CR*, nie obejmujące tych, którzy nie cierpieli na żadne zaburzenie i nie dysponujące żadną miarą samopoczucia badanych przed pojawieniem się ich problemów, nie odpowiada również na to pytanie. Trzecia forma pytania brzmi: „Czy po psychoterapii ludzie mają mniej problemów i lepsze życie niż przed psychoterapią?”. Na takie pytanie *CR* zdecydowanie odpowiada: „tak”.

Do badania *CR* można wprowadzić pewne poprawki, tak by mogło ono odpowiadać na wszystkie trzy formy pytania o skuteczność psychoterapii. Najlepszym rozwiązaniem byłoby połączenie naturalizmu badań kwestionariuszowych z zaletami badań eksperymentalnych. Po pierwsze, idealne badanie mogłoby mieć charakter prospektywny: duża próba osób poszukujących terapii, cierpiących na więcej niż jedno zaburzenie i mająca możliwość wyboru typu terapii byłaby szczegółowo badana przed i po terapii, której czas trwania byłby uzależniony od poprawy stanu pacjenta, i która miałaby charakter samokorekcyjny. Po drugie, wśród narzędzi badawczych powinny znaleźć się znormalizowane kwestionariusze, szczegółowe opisy zachowania osoby badanej oraz pytania dotyczące stopnia ogólnej poprawy funkcjonowania. W ten sposób zwiększyłoby się wrażliwość badań i umożliwiło udzielenie odpowiedzi na pytanie o możliwość powrotu do normalnego życia. Po trzecie, korzystne byłoby także włączenie ślepej diagnostycznie oceny funkcjonowania badanych, która zmniejszyłaby zniekształcenia spowodowane subiektywizmem respondentów.

Pionierskie badania kwestionariuszowe przeprowadzone przez *Consumer Reports* dostarczają empirycznych dowodów skuteczności psychoterapii. Warto byłoby przeprowadzić kolejne badania tego typu, tym razem prospektywnie, z zastosowaniem wyszukanych metod diagnostycznych i szczegółowych, znormalizowanych metod pomiarowych wykorzystywanych w badaniach eksperymentalnych. Niewątpliwie wiązałyby się to z dużymi nakładami finansowymi, ale wydaje się, że byłaby to dobra inwestycja.

Tłumaczenie: Karolina Krysińska

## Przypisy:

<sup>1</sup> W artykule przyjęto podział na badania typu eksperymentalnego i typu klinicznego. Badania eksperymentalne charakteryzuje duży stopień rygoryzmu metodologicznego i wysoka trafność wewnętrzna. Badania kliniczne wiążą się z wysoką trafnością zewnętrzną (wysoki stopień realizmu życiowego). (przypis tłumacza).

<sup>2</sup> Skrót *CR* oznacza w tekście tytuł amerykańskiego magazynu konsumenckiego *Consumer Reports* (przypis tłumacza).

## LITERATURA

- Consumer Reports*. (1994). Annual questionnaire.
- Consumer Reports*. (1995, listopad). "Mental health: Does therapy help?". 734-739.
- Howard, K., Kopta, S., Krause, M., Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K., Orlinsky, D., Lueger, R. (1994). Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 165, 4-8.
- Lipsey, M., Wilson, D. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Munoz, R., Hollon, S., McGrath, E., Rehm, L., VandenBos, G. (1994). On the AHCPR guidelines: Further considerations for practitioners. *American Psychologist*, 49, 42-61.
- Seligman, M. (1993). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Seligman, M. (1995). *Co możesz zmienić a czego nie możesz (ucząc się akceptować siebie)*. Poradnik skutecznego samodoskonalenia. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Shapiro, D., Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Smith, M., Glass, G., Miller, T. (1980). *The benefit of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

