

Badania nad skutecznością psychoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości w Polsce w latach 1960–1995

*Studies on psychotherapy effectiveness in the treatment
of patients with neurotic or personality disorders in Poland in the years 1960–1995*

IZABELLA BRYŁA-ZIELIŃSKA

Z Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Dokonano analizy prac przedstawiających badania nad skutecznością psychoterapii, opublikowanych w Polsce, w okresie od 1960 do 1995 r. W tym celu przejrano 12 czasopism fachowych, jedną publikację książkową i 6 nieopublikowanych prac doktorskich. Znalaziono 75 prac o powyższej tematyce. Analizowano: dynamikę takich badań, ich cechy metodologiczne (liczebności grup, obecność grupy kontrolnej, kryteria poprawy) oraz typ ośrodka i rodzaj stosowanej psychoterapii. Stwierdzono, że wzrasta liczba badań nad skutecznością psychoterapii, że najczęściej prowadzone są one w ośrodkach stacjonarnych. Zaletą większości analizowanych badań jest odpowiednio duża liczebność grup, natomiast uderza brak badań kontrolowanych.*

SUMMARY. *The paper presents a meta-analysis of psychotherapy outcome studies published in Poland in the years 1960–1995. In 12 professional journals, one book and 6 unpublished doctoral theses 75 relevant studies were found. The analysis included: dynamics of such research projects, their methodological features (number of subjects, presence of a control group, improvement criteria), as well as the type of facility and of psychotherapy used. The number of outcome studies was found to be growing, and they were most often conducted in in-patient settings. A strong point of the research reports analyzed consists in adequately numerous samples studied. However, there have been strikingly few controlled studies.*

Słowa kluczowe: skuteczność psychoterapii / metaanaliza

Key words: psychotherapy effectiveness / meta-analysis

W pierwszej połowie obecnego stulecia psychoterapia zajmowała się przede wszystkim analizą pojedynczych przypadków, tworząc podstawy teoretyczne oddziaływań psychoterapeutycznych. Opisywane wyniki miały przede wszystkim charakter studium przypadku, a więc obciążone były subiektywizmem autora i brakiem szerszych odniesień. W latach pięćdziesiątych pojawiły się próby obiektywizacji, porównywano populacje, rozpowszechniło się podejście statystyczne. Pojawiło się jednak również wiele krytycznych uwag na temat badań nad skutecznością psychoterapii prowadzonych na

przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Wiązały się one z problemem tworzenia i liczebności badanych grup, doborem metod opracowań statystycznych i trudnością określenia jakie zmiany świadczą o wyleczeniu. Zastrzeżenia budzi też posługiwanie się pojęciem „średniej” z grupy, która w żadnym aspekcie nie jest jednorodna. W latach sześćdziesiątych więcej było badań zajmujących się nie skutecznością psychoterapii, ale samym procesem. W latach siedemdziesiątych pojawia się potrzeba powrotu do analizy przypadków, poszukuje się korelacji między analizowanymi zmiennymi,

dąży się do sprecyzowania kryteriów oceny skuteczności, przy opracowywaniu wyników badań stosuje się nowe testy statystyczne [Aleksandrowicz i Czabała 1979, Aleksandrowicz i wsp. 1982].

W 1985 r. w Louvain-la-Neuve odbyła się II Konferencja Europejska Towarzystwa Badań w Psychoterapii [Czabała 1986]. Zaprezentowano tam dwa sposoby analizy dotychczasowych badań: metaanalizę, zajmującą się związkiem między skutecznością a podstawowymi zmiennymi procesu terapii i cechami pomiaru oraz analizę szczegółową polegającą na ocenie każdego badania przy pomocy wielu kategorii, a następnie porównywaniu ich jako zmiennych jednego badania. Spotkało się to z różnymi wątpliwościami, podobnie jak i określenie przedmiotu badań. Część osób preferowała badanie procesu psychoterapii, a nie skuteczności. Zajęto się również charakterystyką pacjentów leczonych psychoterapią.

Na temat badań nad psychoterapią w Polsce pisze na podstawie przeglądu 3 pism z lat 1982–1992 Jakubowska [1993]. Stwierdza ona, iż badania prowadzone są w Polsce wg paradygmatu zakładającego: odrębnie prowadzoną analizę psychoterapii w kategoriach procesu i wyniku, globalne ujęcie pytań badawczych oraz globalne traktowanie pacjentów. Wg niej budzi to liczne wątpliwości. Uzyskane wyniki w niewielkim stopniu dają się wykorzystać w praktyce terapeutycznej i są mało przydatne do tworzenia teorii psychologicznego funkcjonowania człowieka. Konkluduje, iż rozwój badań nad psychoterapią w naszym kraju nie wydaje się znaczący.

Czabała [1993] zajął się przeglądem najnowszych badań w dziedzinie psychoterapii na świecie. Nadal poszukuje się odpowiedzi na pytanie, czy psychoterapia jest skuteczna. Badania przeprowadzane aktualnie dzielą się na: badania nad efektami psychoterapii, badania nad procesem psychoterapii i badania nad czasem trwania, intensywnością i sposobem psychoterapii. Ponieważ stosuje się coraz większą ilość najróżniejszych

narzędzi pomiaru, porównywanie wyników badań jest bardzo trudne, a czasami wręcz niemożliwe. Dlatego też w ostatnich latach kładzie się nacisk na znalezienie wspólnych standardów określających sposób zbierania danych oraz stosowanie podobnych narzędzi badawczych. W tym też celu czynione są starania, aby informować wzajemnie o przedmiocie i metodologii badań. Służą temu konferencje badań nad psychoterapią oraz liczne publikacje [m.in. Czabała 1993, 1994, 1997, Rakowska 1996]

MATERIAŁ I METODA

W latach 1960–1995 przeprowadzono w Polsce wiele badań zajmujących się skutecznością psychoterapii. Wiedza na ten temat dostępna jest w czasopismach fachowych, książkach, pracach doktorskich i habilitacyjnych. Ponad połowa tych badań dotyczy leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości. Niniejszy artykuł próbuje opisać wnioski nasuwające się po przeanalizowaniu tego obszernego materiału. Stanowi pierwszą część większej pracy i zajmuje się jedynie grupą pacjentów z rozpoznaniem nerwicy i zaburzeń osobowości.

Analiza dotyczy 75 badań, poświęconych ocenie skuteczności psychoterapii w tej grupie pacjentów. Informacje o badaniach zamieszczone były w czasopismach: *Psychoterapia*, *Psychiatria Polska*, *Pediatrica Polska*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej*, *Psychologia Wychowawcza*, *Przegląd Psychologiczny*, *Problemy Medycyny Wieku Rozwojowego*, *Terapia i Leki*, *Przegląd Lekarski*, *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, *Szkolenie Specjalistów*, książce *Psychoterapia grupowa* Ledera i Karwasarskiego [1983] oraz w 6 pracach doktorskich.

Analizie poddano następujące zmienne.

1. Dynamika tego typu badań w okresie 1960–1995
2. Obecność grupy kontrolnej

3. Liczebność grupy badanej: poniżej 30 osób, powyżej 30 osób, studium przypadku
4. Dokonanie oceny uzyskanej poprawy przy użyciu skal
5. Rodzaj uzyskanej poprawy: poprawa objawowa, poprawa w funkcjonowaniu, poprawa objawowa i w funkcjonowaniu
6. Stopień uzyskanej poprawy
7. Termin dokonania oceny wyników leczenia: po zakończeniu leczenia (bez katamnezy), z uwzględnieniem okresu katamnestycznego
8. Podejście teoretyczne: behawioralno-poznawcze, eklektyczne, psychoanaliza, inne, bez określonego podejścia
9. Łączenie psychoterapii z farmakoterapią
10. Rodzaj psychoterapii: grupowa, indywidualna, grupowa i indywidualna, rodzinna
11. Forma instytucjonalna, w której prowadzono badanie: oddział stacjonarny, oddział dzienny, poradnia, obóz leczniczy.

przedstawiało się to w sposób następujący: 1966–1970 – 3 badania, 1971–1975 – 14 badań, 1976–1980 – 5 badań, 1981–1985 – 17 badań, 1986–1990 – 16 badań, 1991–1995 – 20 badań 9 (rys. 1).

Grupy kontrolne. Obecność grupy kontrolnej sygnalizowano jedynie w 7 badaniach (ok. 9% analizowanych badań). We wszystkich badaniach, w których była grupa kontrolna, efekt psychoterapii oceniano ogólnie jako uzyskanie poprawy.

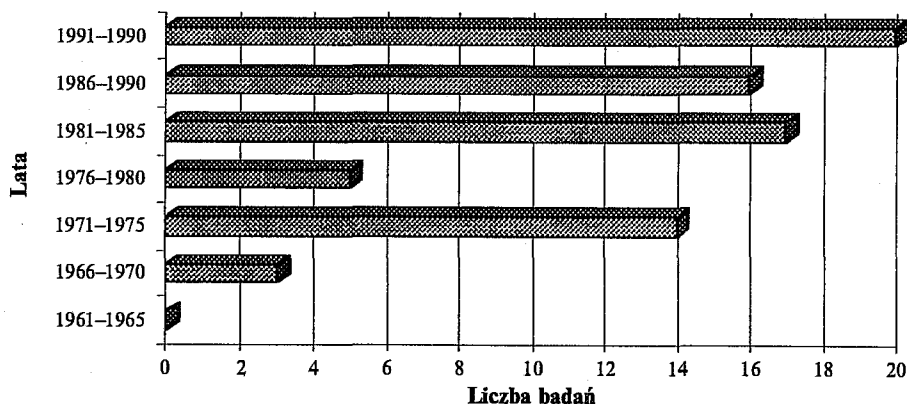
Liczebność badanych grup. Badania na dużej grupie (30 osób i powyżej) przeprowadzono 56 razy (ok. 75%). 11 badań opisuje studium przypadku (15%). W 61% badań w dużych grupach (30 osób i więcej) przeprowadzono analizę procentową i wynik podano w procentach. W małych grupach dotyczy to 25% badań.

Skale do oceny poprawy. Oceny uzyskanej poprawy dokonano przy użyciu skal w 38 badaniach (ok. 51%). Wśród nich można wyróżnić następujące.

- (1) Skale służące do oceny nasilenia objawów: „Jaki jesteś?” Chojnowskiego i Skrzypek, „Psychiatryczna skala ocen” Jankowskiego, „Kwestionariusz Objawowy „O” Aleksandrowicza, „Lista objawów HSCL-90”, „Kwestionariusz klinicznej oceny poprawy”, „Inwentarz stanu i cechy lęku” Spielbergera, test Couvego, „Kliniczna lista objawów” Siwiak-Kobayashi,

WYNIKI

Dynamika badań. W latach 1961–1965 nie znaleziono publikacji dotyczących badań nad skutecznością psychoterapii u pacjentów nerwicowych i z zaburzeniami osobowości. W okresach kolejnych pięćleci



Rysunek 1. Liczba badań w kolejnych latach.

„Inwentarz objawów Depresyjnych” Becka i Pichota, „Skala samoobserwacji depresji” Zunga, „Rasztowska skala objawów nerwicznych”, „Kwestionariusz objawowy „S”, „Skala samopoczucia B-S i B-S1” von Zerssen, „Globalna kliniczna ocena poprawy objawowej” Siwiak-Kobayashi, „Kwestionariusz „Stan aktualny” Siwiak-Kobayashi, „Inwentarz lęku” wzorowany na TFSL, test agresywności metodą eksperymentalną Bussa.

(2) Skale służące do oceny funkcjonowania:

„Kwestionariusz reakcji radzenia sobie CRI Moosa, „Skala percepcyjna” Ravena, „Test decyzyjny” Sochy, „Kwestionariusz dotyczący środowiska rodzinnego” Kobiałki, „Skale ocen” Hocka-Hess, kwestionariusz „Moje życie w ostatnim roku” Kuliszkiwicz i Wolniewicz, „Skala ról społecznych” SRS, „Analiza procesu interakcji”, IPA Balesa, kwestionariusz grupowy, dyferencjał semantyczny Osgooda, „Skala oszacowań funkcjonowania w rolach społecznych” Ignaczaka, Frączka i Reykowskiego, „Kwestionariusz postaw wobec życia rodzinnego” Schaefera i Bella, „Ankiety postaw wychowawczych rodziców” Samsona.

(3) Skale służące do oceny cech osobowości:

„Kwestionariusz motywacji” Wysockińskiej i Matuszewskiego, inwentarz osobowości MPI Eysencka, test 16 PF Cattella, MMPI, test przymiotnikowy ACL Gougha i Heilbruna, „Skala empatii emocjonalnej” Mehrabiana i Epsteina, skala osobowości Taylor, „Kwestionariusz do badania postaw rodzicielskich” Ziemskiej, Skala I-E Rottera, WISKAD, TAT Murraya, „Kwestionariusz pomiaru postaw rodzicielskich” – PARI Schaefera i Bella, kwestionariusz „Mój ojciec, moja matka” Roe i Siegelmana, kwestionariusz oceniający siłę ego Barona, skala inteligencji Wechslera-Bellevue.

Były również skale i kwestionariusze stworzone dla potrzeb konkretnych badań.

Kryteria poprawy. 25 badań zajmowało się poprawą objawową (33%), 8 badań po-

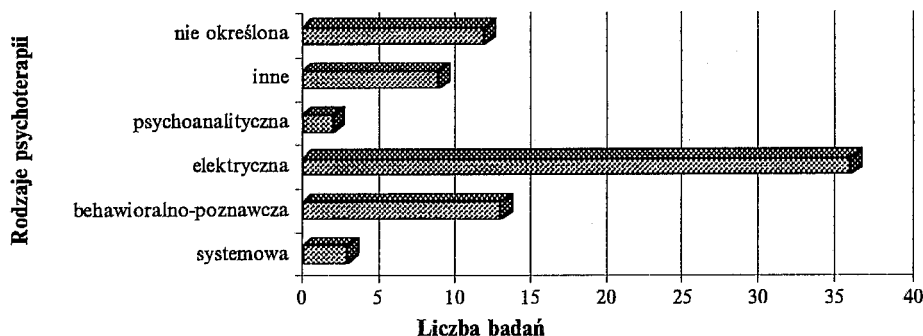
prawą w funkcjonowaniu (11%), 39 badań poprawą objawową i w funkcjonowaniu (52%). W jednym badaniu nie określono rodzaju uzyskanej poprawy.

W 16 badaniach uzyskanie poprawy objawowej oceniono jako dobre u 75–90% pacjentów, w 9 badaniach u 60–70% pacjentów, a w 6 badaniach u 20–50% pacjentów. W 7 badaniach uzyskanie poprawy w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 70–85% pacjentów, w 4 badaniach u 60–70% pacjentów, a w 2 badaniach u 20–50% pacjentów. W 3 badaniach uzyskanie poprawy objawowej i w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 78–91% pacjentów, a w 2 badaniach u 34–47% pacjentów. Wszystkie badania uwzględniające tylko poprawę w funkcjonowaniu opisują wynik jako: „uzyskana poprawa”.

Metody oceny stopnia poprawy. W ponad połowie badań (52%) autorzy ograniczają się w swej ocenie skuteczności psychoterapii do stwierdzenia osiągnięcia poprawy, czy to objawowej, czy w funkcjonowaniu. W 36 badaniach (48%) dokonano analizy statystycznej i wynik podano w procentach. 2 badania poświęcono zjawisku drop-out i zastanawiano się nad przyczynami przerwania terapii. W 5 badaniach w zakresie poprawy oceniano oddzielnie poprawę objawową, uzyskanie wglądu w przyczyny zaburzeń oraz osiągnięcie reorientacji zmiany zachowań. Stopień uzyskania wglądu oceniono jako dobry u 60–83% pacjentów, stopień reorientacji oceniono jako dobry u 50–81% pacjentów.

Czas oceny skuteczności psychoterapii. Stwierdzono, że w 48 badaniach oceny skuteczności dokonywano pod koniec leczenia, nie uwzględniając okresu katamnesticznego (64%).

Podejście teoretyczne ośrodka, w którym przeprowadzano leczenie (rys. 2) i ocenę jego efektywności przynosi następujące dane. W 12 badaniach nie określono w oparciu o jakie podejście teoretyczne leczono (16%). W 36 badaniach było to podejście eklektyczne (48%), w 13 badaniach podejście behawioralno-poznawcze (ok. 17%). W po-



Rysunek 2. Podejścia teoretyczne reprezentowane w analizowanych badaniach.

jedynczych badaniach pisano o podejściu systemowym (3 badania) i psychoanalizie (2 badania). 9 badań opisałam jako „inne podejścia”. Są tam najczęściej zastosowane pojedyncze techniki, np. muzykoterapia lub zajęcia relaksacyjne.

Wśród 12 badań, w których nie stosowano określonego podejścia teoretycznego, trzykrotnie mierzono poprawę objawową (25% badań), trzykrotnie poprawę w funkcjonowaniu (25% badań), sześciokrotnie poprawę objawową i w funkcjonowaniu (50% badań).

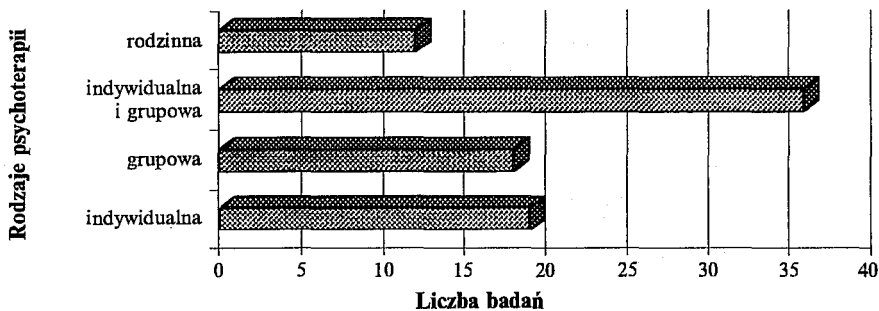
W 36 badaniach, gdzie stosowano podejście eklektyczne, dwunastokrotnie mierzono poprawę objawową (33% badań), trzykrotnie poprawę funkcjonowania (8% badań), dwudziestjednokrotnie poprawę objawową i poprawę funkcjonowania (58% badań). W 13 badaniach, gdzie stosowano podejście behawioralno-poznawcze, poprawę objawową mierzono trzykrotnie (23% badań), poprawę objawową i w funkcjonowaniu siedmiokrotnie (54% badań). Nie opisuje się badań mierzących jedynie poprawę w funkcjonowaniu. W jednym badaniu nie określono rodzaju poprawy, 2 badania zajmują się zjawiskiem *drop-out*. W 3 badaniach, gdzie stosowano podejście systemowe, jeden raz mierzono poprawę w funkcjonowaniu, dwukrotnie poprawę objawową i w funkcjonowaniu. W dwóch badaniach, w których stosowano psychoanalizę, jeden raz mierzono poprawę objawową, jeden raz oba rodzaje poprawy.

W 9 badaniach, gdzie stosowano inne podejścia teoretyczne, sześciokrotnie mierzono poprawę objawową (67% badań), jeden raz poprawę w funkcjonowaniu, dwukrotnie poprawę objawową i w funkcjonowaniu.

Ośrodki leczące przy wykorzystaniu podejścia behawioralno-poznawczego w 8 przypadkach (61%) określają wynik procentowo i waha się on w granicach 81–94% uzyskanych popraw. Przy podejściu eklektycznym w 20 badaniach (55%) ilość uzyskanych popraw określana jest procentowo i wyniki przedstawiają się następująco: w 11 badaniach uzyskano 75–90% popraw, w 4 badaniach – 60–70% popraw, w 3 badaniach – 20–50% popraw. W badaniach, w których leczono wykorzystując psychoanalizę lub „inne podejścia” wynik opisuje się jako uzyskanie poprawy. W badaniach, w których nie określono podejścia teoretycznego, ilość uzyskanych popraw to najczęściej 75–90%.

Łączenie psychoterapii i farmakoterapii. W 20 badaniach autorzy informują, że oprócz psychoterapii stosowana była również farmakoterapia, 65% badań ze wsparciem farmakologicznym opisuje wynik jako uzyskanie poprawy.

Rodzaj stosowanej psychoterapii przedstawiono na rys. 3. Psychoterapię indywidualną stosowano w 19 badaniach (ok. 25%), grupową w 18 badaniach (24%), a w 36 badaniach – jednocześnie psychoterapią grupową i indywidualną (48%). Leczenie kompleksowe najczęściej odbywało się w warunkach oddziału



Rysunek 3. Rodzaje psychoterapii stosowanej w analizowanych badaniach.

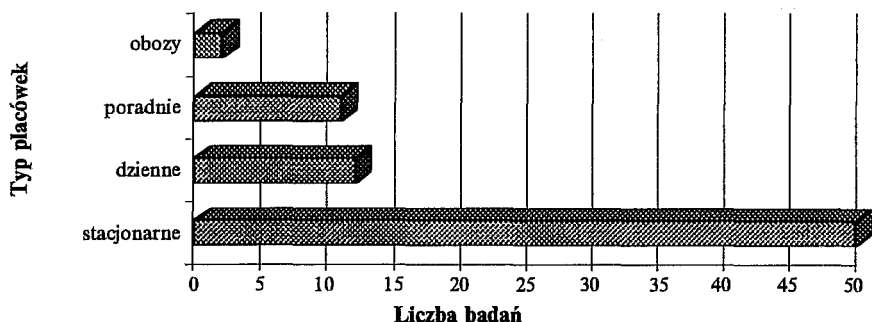
całodobowego funkcjonującego na zasadach społeczności terapeutycznej (30 badań) oraz w 53% przypadków przy wykorzystaniu o podejścia eklektycznego. W 12 badaniach opisano psychoterapię rodzinną, przy czym zwykle łączono ją z psychoterapią indywidualną lub kompleksową. Tylko jedno badanie dotyczy wyłącznie leczenia systemowego. W jednym badaniu nie określono rodzaju zastosowanej psychoterapii.

Zestawienie rodzaju terapii z wynikami leczenia pozwala na następujące wnioski. W badaniach, w których stosowano wyłącznie psychoterapię indywidualną, poprawę objawową mierzono ośmiokrotnie (42% badań), poprawę w funkcjonowaniu jeden raz, poprawę objawową i w funkcjonowaniu dziesięciokrotnie (53% badań). W badaniach, w których stosowano wyłącznie psychoterapię grupową, czterokrotnie mierzono poprawę objawową (22% badań), sześciokrotnie poprawę w funkcjonowaniu (33% badań),

ośmiokrotnie poprawę objawową i w funkcjonowaniu (44% badań). W badaniach, w których stosowano psychoterapię grupową i indywidualną, dwunastokrotnie mierzono poprawę objawową (33% badań), jeden raz poprawę w funkcjonowaniu, dwudziestokrotnie poprawę objawową i w funkcjonowaniu (56% badań). W jednym badaniu nie określono rodzaju poprawy, 2 badania dotyczyły zjawiska *drop-out*.

W badaniach, gdzie stosowano psychoterapię rodzinną, dwukrotnie mierzono poprawę objawową (17% badań), jeden raz poprawę w funkcjonowaniu, dziewięciokrotnie poprawę objawową i w funkcjonowaniu (75% badań). W 63% badań, w których metodą była psychoterapia indywidualna, wynik opisano jako uzyskanie poprawy.

Podobnie jest w 55% badań z psychoterapią grupową. W badaniach, gdzie leczono kompleksowo w 55% wynik opisany jest procentowo i waha się w szerokich granicach od 40% do



Rysunek 4. Typ placówek, w których prowadzono psychoterapię.

90% uzyskanych popraw. Podobnie w przypadku terapii rodzinnej rozbieżność wyników jest duża od 35% do 90% uzyskanych popraw. W badaniu, gdzie zastosowano tylko terapię rodzinną uzyskano 47% popraw.

Formy instytucjonalne (rys. 4). W oddziałach stacjonarnych przeprowadzono 50 badań (ok. 67%), w oddziałach dziennych – 12 (16%), w poradniach – 11 (ok. 15%). W warunkach obozu leczniczego przeprowadzono 2 badania.

W badaniach przeprowadzanych w oddziałach stacjonarnych, uzyskiwano powyżej 70% popraw, co opisano w 50% badań. W pozostałej połowie mowa jest jedynie o uzyskaniu poprawy. W oddziałach dziennych przeprowadzono 12 badań, uzyskując w 4 z nich 72–78% popraw, w 4 uzyskano 25–50% popraw i również w 4 – wynik opisano jako uzyskanie poprawy. W poradniach, w 9 badaniach na 11 przeprowadzonych, wynikiem jest uzyskana poprawa.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Liczba badań nad skutecznością psychoterapii prowadzonych w Polsce i opisywanych w wymienionych źródłach rośnie.

Zwraca uwagę brak badań kontrolowanych. Tylko 9% badań uwzględnia obecność grupy kontrolnej. Prawdopodobnie wiąże się to z faktem, iż w grupie pacjentów z rozpoznaniem nerwicy i zaburzeń osobowości psychoterapia jest podstawową metodą leczenia. Być może pozbawianie pacjentów tych oddziaływań w celu uzyskania grupy kontrolnej wydaje się badaczom wątpliwe z etycznego punktu widzenia. W badaniach, gdzie była grupa kontrolna, stosowano farmakoterapię lub badano skuteczność określonej formy psychoterapii, stosując jednocześnie inne formy psychoterapii.

Większość badań (75%) prowadzono na dużych grupach (powyżej 30 osób), co umożliwiało przeprowadzenie rzetelnej analizy procentowej (w 61% badań na dużych grupach podawano wynik w procentach). Pozwala to na większe zaufanie do przedsta-

wianych wyników, choć stosowanie proporcji jako głównej metody statystycznej, budzi wątpliwości interpretacyjne.

W ponad połowie badań (51%) stosowano skale i kwestionariusze, co służy obiektywizacji wyników, jak również umożliwia ich porównywanie.

Ponad połowa badań (52%) mierzyła zarówno poprawę objawową, jak i zmiany w funkcjonowaniu, co świadczy o szerokim rozumieniu pojęcia poprawy. Dotyczy to większości analizowanych badań, niezależnie od reprezentowanego podejścia teoretycznego.

Niestety również w ponad połowie badań (52%) autorzy ograniczają się w swojej ocenie skuteczności psychoterapii jedynie do ogólnego stwierdzenia osiągnięcia poprawy. Nie wiadomo u jakiej liczby pacjentów z badanej grupy poprawę tę uzyskano.

Większość badań (64%) nie uwzględnia katamnezy, co umożliwia ocenę trwałości leczenia.

W prawie połowie badań (48%) autorzy stosują podejście eklektyczne. Może to świadczyć o dużej elastyczności w leczeniu i korzystaniu z dorobku różnych szkół, w zależności od potrzeb pacjentów.

Ośrodki leczące z wykorzystaniem tego podejścia, w większości badań (58%) oceniają poprawę w szerokim rozumieniu – zarówno objawową jak i w funkcjonowaniu. Również w większości przypadków (55%) wynik opisują procentowo.

W prawie 1/3 badań autorzy informują o stosowaniu farmakoterapii łącznie z psychoterapią. Większość z nich (65%) opisuje wynik jedynie jako uzyskanie poprawy. Nie wiadomo, czy w pozostałych badaniach nie napisano o podawaniu leków, czy rzeczywiście ich nie podawano.

W prawie połowie badań (48%) pacjenci leczeni byli kompleksowo (psychoterapia indywidualna i grupowa) i odbywało się to najczęściej w warunkach oddziału całodobowego. Większość z tych badań (56%) mierzyła zarówno poprawę objawową jak i w funkcjonowaniu. Również w większości badań (55%) wynik podano procentowo. W ponad

połowie wymienionych badań (53%) leczono w oparciu o podejście eklektyczne.

W ośrodkach stosujących tylko psychoterapię indywidualną lub tylko grupową najczęściej (63% i 55%) wyniki leczenia opisuje się ogólnie jako uzyskanie poprawy.

Większość badań przeprowadzono w oddziałach stacjonarnych (67%). W połowie tych badań uzyskano powyżej 70% popraw. Świadczy to być może o większym zainteresowaniu tych ośrodków badaniami, lub być może wiąże się z lokalizacją ich w instytucjach badawczych.

Ogólnie, najbardziej charakterystyczne tendencje w analizowanych badaniach nad skutecznością psychoterapii, to:

-
- brak grupy kontrolnej
 - badania na dużych grupach
 - stosowanie różnych skal i kwestionariuszy
 - mierzenie zarówno poprawy objawowej jak i w funkcjonowaniu
 - braki w analizie statystycznej przedstawionych wyników badań
 - najczęściej nieuwzględnianie katamnezy
 - stosowanie podejścia eklektycznego w leczeniu i rozumieniu pacjenta
 - łączne stosowanie psychoterapii indywidualnej i grupowej
 - przeprowadzanie badań w oddziałach stacjonarnych.
-

Podsumowując, optymistycznie nastraja wzrastająca tendencja w liczbie tego rodzaju badań. Wydaje się, że w ośrodkach psychoterapeutycznych powinny one być stosowane systematycznie, dla uzyskania oceny stosowanych form terapii. Przeprowadzona analiza wskazuje kierunki zmian, które mogłyby prowadzić do zwiększenia wartości badań nad skutecznością psychoterapii. Dotyczy to szczególnie konieczności prowadzenia badań kontrolowanych. Należałoby zastanowić się, jak rozwiązać problem grup kontrolnych, tak

aby można było je stosować, nie pozbawiając pacjentów możliwości leczenia. Być może, tak jak to jest powszechnie stosowane, badanie pacjentów z list oczekujących na leczenie mogłoby być jednym ze sposobów rozwiązania tego problemu.

Opisywane badania wskazują też na trudności metodologiczne w zakresie stosowania mierzalnych i porównywalnych metod oceny oraz ich odpowiednią analizę statystyczną. Wydaje się, że pożądane byłoby większe zainteresowanie badaniami katamnestycznymi, pozwalające na ocenę trwałości uzyskanych wyników.

Zdecydowany walor większości opisanych badań stanowi dość duża liczebność grup oraz uwzględnienie szeregu istotnych elementów poprawy poza poprawą objawową. Ma to ważne znaczenie w ocenie terapii zaburzeń nerwicowych, obejmujących z definicji wiele wymiarów funkcjonowania pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J, Czabała C: Skuteczność psychoterapii – metody i badania. *Psychiatr. Pol.* 1979, 13, 4, 391–396.
2. Aleksandrowicz J, Kołbik I, Romanik O, Świątek L: Wyniki badania psychoterapii. *Psychoterapia* 1982, 40, 11–16.
3. Czabała C: Badania naukowe w psychoterapii. *Psychoterapia* 1986, 1(56), 31–32.
4. Czabała C: Nadal wiadomo niewiele. Przegląd aktualnych badań nad psychoterapią. *Psychoterapia* 1993, 3(86), 3–13.
5. Czabała C: Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej. *Psychoterapia* 1994, 4(91), 33–34.
6. Czabała C: Czynniki leczące w psychoterapii. PWN, Warszawa 1997, 108–114.
7. Warszawa 1994.
8. Jakubowska U: Badania nad psychoterapią w Polsce – metodologiczne refleksje. *Psychoterapia* 1993, 2 (85), 67–75.
9. Leder S, Karwasarski B (red.): *Psychoterapia grupowa*. PZWL, Warszawa 1983.
10. Rakowska J: Badania nad procesem i wynikiem psychoterapii. *Nowiny Psychologiczne* 1996, 4, 65–84.