

AGNIESZKA POPIEL\*, BOGDAN ZAWADZKI\*\*

## Psychoterapia – quo vadis?

Do inspiracji trzeba się przyznać. Gdy zastanawialiśmy się nad tytułem tekstu poświęconego psychoterapii jako metodzie leczenia opartej na danych empirycznych, otworzyliśmy „Naukę” – z tekstem Profesora Janusza Rybakowskiego [1] poświęconym farmakoterapii. Uznaliśmy, że nie będzie zapożyczeniem, a raczej wskazaniem na komplementarność, zadanie tego samego sienkiewiczowskiego pytania w odniesieniu do psychoterapii, której historia jest równie niedługa jak formalnej psychofarmakoterapii, z wzlotami, nadziejami, ciemną stroną i podobnymi do leczenia farmakologicznego obszarami niewiadomego. W tekście, definiując psychoterapię, zarysujemy kontinuum – od zastosowania metod psychologicznych do poprawy dobrostanu – do psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń psychicznych w obszarze praktyki opartej na danych empirycznych. Na przykładzie prowadzonych w Polsce badań nad psychoterapią wskażemy na ważne pytania współczesnej psychoterapii dotyczące interpretacji wyników badań, bezpieczeństwa pacjenta, personalizacji leczenia i dróg rozwoju.

### Czym jest psychoterapia i czym, jako *talking therapy*, różni się od rozmowy z „mądrą ciotką”?

W styczniu 2023 roku angielski program rządowy *NHS IAPT Improving access to psychological therapies* delikatnie zmienił nazwę na *NHS talking therapies* [2]. Miało to miejsce po 14 latach funkcjonowania programu, którego celem było zmniejszenie przepaści pomiędzy liczbą osób cierpiących na zaburzenia psychiczne a otrzymaniem przez te osoby adekwatnego leczenia. Leczenie, które poza zmniejszeniem indywidualnego cierpienia i dysfunkcji systemów rodzinnych – poprawą dobrostanu społeczeństwa, mogłoby się także przełożyć na wskaźniki ekonomiczne (w Polsce według raportu ZUS za rok 2022 absencja chorobowa z powodu zaburzeń psychicznych wynosiła 23 835 800 dni, a w rankingu najczęstszych u kobiet dominowały reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (3. miejsce), depresja i zaburzenia lękowe (5. i 6. miejsce) [3]. Konieczność dostępu do skutecznego leczenia jest niekwestionowana – jedną z barier

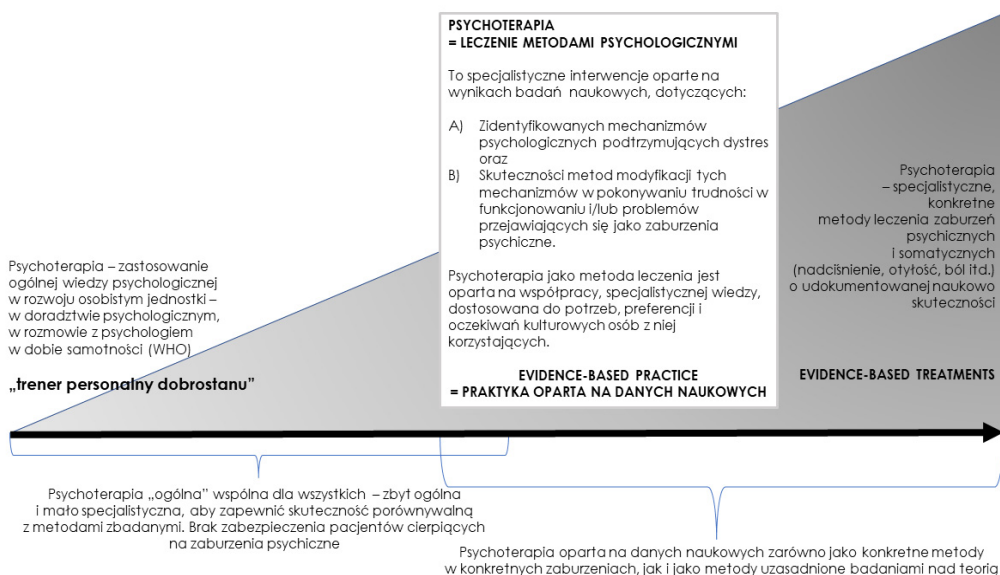
\* Dr hab. Agnieszka Popiel, prof. USWPS, Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii, Instytut Psychologii, Uniwersytet SWPS, <https://orcid.org/0000-0001-9990-4971>

\*\* Prof. dr. hab. Bogdan Zawadzki ([bogdan@psych.uw.edu.pl](mailto:bogdan@psych.uw.edu.pl)), Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, <https://orcid.org/0000-0002-6578-8412>

(oprócz finansowania i liczby specjalistów) jednak jest to, że korzysta z niego niewielki stosunkowo odsetek osób (to problem wszelkich polityk zdrowotnych). W czasach *user experience*, po konsultacjach społecznych, podjęto próbę zmiany nazwy z wyjaśniającej ideę (IAPT – „*Poprawa dostępu do terapii psychologicznych*”) na bardziej przyjazną *NHS talking therapies* – terapie rozmową, rozmawianiem. Cel pozostał. A rozmowa terapeutyczna ma swoją bardzo określoną specyfikę. Jak można zatem rozumieć psychoterapię (mimo złagodzenia nazwy w NHS) i czym różni się od innych rozmów?

Psychoterapia – leczenie metodami psychologicznymi – to specjalistyczne interwencje oparte na wynikach badań naukowych, dotyczących: a) zidentyfikowanych mechanizmów psychologicznych podtrzymujących dystres (zaburzenie) i b) skuteczności metod modyfikacji tych mechanizmów w pokonywaniu trudności w funkcjonowaniu i/lub problemów przejawiających się jako zaburzenia psychiczne. Psychoterapia jako metoda leczenia jest oparta na współpracy, specjalistycznej wiedzy, dostosowana do potrzeb, preferencji i kontekstu kulturowego osób z niej korzystających.

Tyle z perspektywy klinicysty i badacza – czyli zajmujących się ciemnym krańcem kontinuum zdrowia psychicznego. Według badania EZOP II u około 8% Polaków można rozpoznać występowanie zaburzenia lękowego lub afektywnego w ostatnich 12 miesiącach, a uwzględniając całe życie – doświadczenie zaburzenia psychicznego dotyczy 26% osób dorosłych [4].



Ryc. 1. Kontinuum rozumienia psychoterapii

Co oznacza zaburzenie psychiczne? Najogólniej rozpoznanie zaburzenia psychicznego oznacza, że chwilowo lub trwale zostały naruszone mechanizmy rezyliencji pozwalające na elastyczne funkcjonowanie i odzyskiwanie równowagi w świecie pełnym przeciwności. Dominuje dystres – lęk, smutek, napięcie, dysfunkcjonalne zachowania (na przykład nadużywanie substancji, zachowania unikowe lub agresywne) i uwikłanie w mechanizmy, które nie tylko nie pomagają przerwać „błędnego koła”, a wręcz je nasilają.

Rozumienie psychoterapii można osadzić na pewnym kontinuum, w zależności od powagi problemu (nasilenia zaburzenia) i metody psychoterapii, a także przydatności w obszarze systemu opieki zdrowotnej, co przedstawia ryc. 1.

Wiele osób chwali sobie psychoterapię jako sposób na rozwój, stymulowanie autorefleksji w czasach pośpiechu i samotności. Wówczas jest ona najbliższa rozmowie z drugim, zainteresowanym rozmówcą człowiekiem (np. „mądrą ciotką”). Jeśli jest to psycholog lub osoba z ogólnym certyfikatem psychoterapeuty albo *coacha* – możemy spodziewać się zastosowania ogólnej wiedzy o funkcjonowaniu człowieka. Odpowiednia „dawka” autentycznego zainteresowania, gotowości do pomocy będzie stanowić podstawę relacji – tak przyjacielskiej, jak i terapeutycznej. Dyscyplina spotkania, które ma wyznaczony czas, miejsce i pewną regularność sprzyja autorefleksji lub po prostu poprawie komfortu<sup>1</sup>. Ten rodzaj interwencji umieścimy na jednym krańcu kontinuum<sup>2</sup>.

Na drugim krańcu będzie psychoterapia jako metoda leczenia zaburzeń – ze wszystkimi zobowiązaniami podobnymi farmakoterapii: wykazanie w badaniach skuteczności w danym zaburzeniu – poprzez identyfikację i modyfikację mechanizmów psychologicznych podtrzymujących dysfunkcjonalne emocje, zachowania, sposoby myślenia, których konfiguracje stanowią objawy zaburzenia psychicznego, wykazanie bezpieczeństwa i warunków jej stosowania (w tym kompetencji osób ją prowadzących, czasu, w jakim należy spodziewać się poprawy itd.). A oprócz tego warunek *sine qua non* także w medycynie – „odpowiednia dawka autentycznego zaangażowania” – podstawa relacji umożliwiająca zaufanie pacjenta i gotowość do współpracy w kierunku zmiany.

O ile spełnienie pierwszego warunku – skorzystanie z pomocy „personalnego trenera dobrostanu” najczęściej jest odbierane pozytywnie, podobnie jak analogiczne aktywności w sferze fizycznej, o tyle efekt leczącej interwencji z lewego krańca kontinuum wobec zaburzeń psychicznych wymaga zbadania i ostrożności (podobnie jak tylko niektóre ćwiczenia fizyczne są wskazane lub wystarczające w dyskopatii lub rehabilitacji po zawale serca). Sformułowanie „psychoterapia leczy” powinno być więc przyjmowane

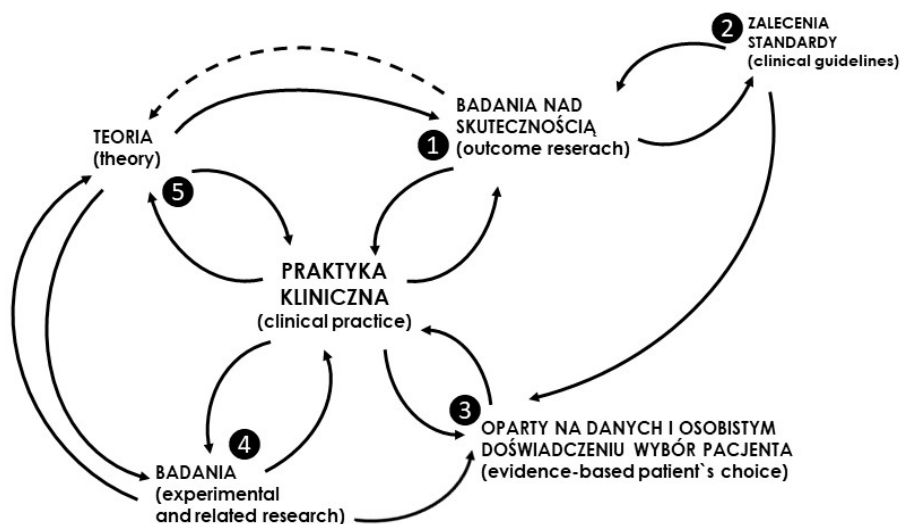
<sup>1</sup> Nie piszemy o kosztach ponoszonych przez pacjenta, ponieważ często jest to psychoterapia finansowana ze środków publicznych, zatem „bezpłatna” dla pacjenta.

<sup>2</sup> O ile na granicy wykresu umieszczamy „mądrą ciotkę” – to zdecydowanie poza nim wszelkie działania zupełnie pozaprofesjonalne sprzedawane również jako psychoterapia (brak ochrony terminu), a „kupowane” w ramach wolności człowieka.

z pełną świadomością uogólnienia (na równi z „farmakoterapia pomaga”, „lekarstwa leczą” itd.) oraz kontekstu w jakim się pojawia. Wskazana jest szczególna ostrożność, gdy decyzja ma dotyczyć pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – a więc około 10% populacji.

Istnieją określone rodzaje psychoterapii, których skuteczność udokumentowano i zaleca się jako metodę z wyboru (przewyższającą lub równoważną wobec leczenia farmakologicznego) w konkretnych zaburzeniach psychicznych. Wyodrębnienie konkretnych metod psychoterapii zalecanych jako monoterapia (a więc bez konieczności farmakoterapii) dotyczy przykładowo większości zaburzeń lękowych, depresji, PTSD oraz zaburzeń osobowości. Istnieją też oddziaływania mieszczące się w ogólnej nazwie psychoterapii, których skuteczności dotychczas nie poddano badaniom lub badania są stosunkowo nieliczne – na przykład ogólnie sformułowana terapia integracyjna, eklektyczna, Gestalt, psychoanaliza itd. Prawdopodobnie o tych właśnie terapiach pisze Rybakowski, mówiąc, że „Psychoterapia w istotny sposób wzmacnia skuteczność farmakoterapii, aczkolwiek u większości pacjentów nie jest w stanie jej całkowicie zastąpić” [1].

Salkovskis [5] zaproponował schemat zależności dotyczący rozwoju praktyki klinicznej opartej na danych empirycznych (*evidence-based practice*), ale odnosi się on na każdej formie oddziaływań klinicznych także farmakologicznych czy pozafarmakologicznych, jak TMS czy fizjoterapia (ryc. 2).



Ryc. 2. Psychoterapia jako praktyka kliniczna oparta na danych empirycznych (Salkovskis, 2023, w druku, za zgodą autora)

Dla nas sedno praktyki klinicznej stanowić będzie psychoterapia samodzielnie lub w połączeniu z farmakoterapią, a ilustrowaną badaniami refleksję nad „Quo vadis” po-

procedzimy zgodnie z ruchem wskazówek zegara, rozpoczynając od badań nad skutecznością.

### ❶ **Badania nad skutecznością psychoterapii, czyli *outcome research***

O roku ów! – 1952 – gdy nie używano jeszcze terminu *evidence-based treatments* ani akronimu RCT – *randomized controlled trial* (pierwsza publikacja dotycząca streptomycyny miała dopiero 4 lata) [6, 7], gdy pojawiły się pierwsze doniesienia o zastosowaniu w leczeniu psychoz zsyntetyzowanej dwa lata wcześniej chlorpromazyny [8] – to wtedy Hans Eysenck [9] popsuł samopoczucie ówczesnych psychoterapeutów, publikując przełomowy artykuł wskazujący na brak rezultatów przewyższających samoistną remisję zaburzeń nerwicowych pod wpływem metod nazywanych psychoterapią i nawoływał do intensyfikacji badań eksperymentalnych w tej dziedzinie ..., jeśli psychoterapia miałaby być nazywana leczeniem.

Od tej pory metodologia badań nad skutecznością terapii (*treatment outcome studies*) w psychologii i medycynie znacząco się udoskonaliła. Badania nad farmako- i psychoterapią mają wiele wspólnych cech, przede wszystkim schemat RCT, lecz jeśli metodą terapii nie jest substancja chemiczna o ściśle określonym składzie, a oddziaływanie psychospołeczne – pewne aspekty się komplikują. Lars Öst [10] na użytek metaanaliz stworzył skalę oceny metodologii badań (wersja polska w: Popiel i Pragłowska, 2022) [11]. Jakość badania dotyczącego skuteczności psychoterapii zależy między innymi od tego, czy: precyzyjnie określono grupę poddaną interwencji (czy wiemy, co leczymy, oraz czy diagnoza zaburzenia była poprowadzona za pomocą narzędzi zapewniających trafność i rzetelność pomiaru, a także w sposób umożliwiający wykluczenie tendencji oceny – czyli czy ocena stanu psychicznego po leczeniu była prowadzona w sposób niezależny od terapii – co najmniej pojedyncza „ślepa próba”, czy opisano metodę – protokół terapii w sposób umożliwiający replikację i sprawdzenie, czy go przestrzegano i stosowano kompetentnie – słowem, czy psychoterapeuta miał odpowiednie umiejętności, czy dobrze określono warunki kontrolne, czy plan badania i liczba osób badanych zapewniały odpowiednią moc statystyczną, czy analizy były adekwatne, czy zadbano o randomizację i właściwe dla celu badania określenie zmiennych pierwszo- i drugorzędowych).

Rozumienie psychoterapii jako leczenia metodami psychologicznymi o zbadanej skuteczności przedstawimy na przykładzie badań nad pourazowym zaburzeniem stresowym – programów TRAKT prowadzonych przez wiele lat w Polsce [12–15].

### **Program TRAKT- 1 – założenia i wyniki**

Wojna w Ukrainie spowodowała, że pourazowe zaburzenie stresowe (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) i jego leczenie znalazło się w centrum uwagi. Choć trauma

wojny jest prototypowym doświadczeniem skutkującym PTSD u ponad połowy osób, które podczas działań wojennych doświadczyły zagrożenia życia lub śmierci najbliższych – zaburzenie to dotyczy także ofiar katastrof naturalnych i przemysłowych (około 10% ofiar wypadków komunikacyjnych, niemal połowy osób, których doświadczeniem był gwałt). Rodzaj przeżytego doświadczenia nie determinuje struktury objawów, choć wczesne i przewlekłe nadużycia – zwłaszcza związane z przemocą na tle seksualnym – mogą wpływać na bardziej skomplikowany obraz kliniczny, wyodrębniony w klasyfikacji ICD-11 w 2018 roku jako Complex PTSD [17]. Objawy PTSD obejmują cierpienie i zaburzenie funkcjonowania związane z przeżywanymi nawracającymi wspomnieniami wydarzenia, stanem przewlekłego pobudzenia i unikaniem bodźców, które kojarzą się z traumą. PTSD jest więc zaburzeniem, które negatywnie wpływa na jakość życia, łączy się z bezpośrednimi i pośrednimi kosztami zdrowotnymi. Według cytowanych już danych ZUS za rok 2022 absencja z powodu reakcji na ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych wynosiła ponad 7 799 000 dni i dwukrotnie częściej dotyczyła kobiet. Z tej perspektywy podejmowanie badań, które wzbogaciłyby wiedzę o możliwościach skutecznego leczenia PTSD wydaje się oczywiste.

W roku 2006, gdy planowano program TRAKT, Polska na równi z Włochami i Ukrainą należała do krajów europejskich o najwyższej bezwzględnej liczbie śmiertelnych wypadków drogowych (przekraczającej 5000 ofiar rocznie). Wypadki drogowe stanowiły jedną z najczęstszych przyczyn zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) w krajach, w których nie toczy się wojna. Profesorowie Jan Strelau i Bogdan Zawadzki prowadzili badania nad psychologicznymi konsekwencjami katastrof – powodzi, pożarów – od początku XXI wieku [13, 16, 18], koncentrując się na temperamentalnych czynnikach ryzyka i strukturze objawów PTSD, a wśród psychoterapeutów trwało kształcenie zorientowanych na badania terapeutów poznawczo-behawioralnych [11]. Badania prowadzone od 2008, oprócz kontynuacji „badań podstawowych”, miały na celu odpowiedź na pytania dotyczące skuteczności metod leczenia (z nadzieją, że dane mogłyby zostać użyte w systemowym planowaniu opieki) i zapobiegania PTSD, szczególnie w grupach, gdzie doświadczenie traumy nie jest wyjątkowo nieszczęśliwym wydarzeniem, lecz jest przewidywane, ponieważ mieści się w istocie służby/zawodu [19]<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Projekty: *Psychologiczne przyczyny i następstwa wypadków drogowych* PL0088 Mechanizmu Finansowego utworzonego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię, przez Mechanizmy Finansowe EOG oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (E013/H03/2007/01/85/1; kwota finansowania: 495 040 euro), którego część kliniczną stanowił program terapeutyczny TRAKT-1; *Czynniki warunkujące skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń potraumatycznych* Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego N106360937 (Kwota finansowania: 338 208 zł) – program TRAKT-2; Projektu 2012/06/A/HS6/00340 [MAESTRO-3] *PTSD: Diagnoza Terapia Profilaktyka* Narodowego Centrum Nauki (2334 552 PLN), którego część terapeutyczną stanowił program Trakt-3. Programy te szczegółowo przedstawiono w innej pracy [4].

Pragmatyka postępowania wobec pacjentów z PTSD w Polsce zakładała (i nadal zakłada, ale o tym w dalszej części tekstu) najczęściej połączenie farmakoterapii z autorską, nieokreśloną, a raczej określaną jako „integracyjna” psychoterapią<sup>4</sup>. Była więc dalece aempiryczna, zważywszy że literatura przedmiotu – w tym obowiązujące w 2006 zalecenia NICE (National Institute of Health and Care Excellence w Zjednoczonym Królestwie) [20] – wskazywała wówczas na istotną lukę: brak badań bezpośrednio porównujących skuteczność psychoterapii z samą farmakoterapią i leczeniem łączącym psycho- i farmakoterapię (przy dość dobrze zbadanej na świecie skuteczności samej psychoterapii, w tym metody przedłużonej ekspozycji – wówczas w Polsce niemal niestosowanej) [21]. Program TRAKT miał tę lukę uzupełnić.

„TRAKT” (akronim od TRAUma, Katastrofy, Terapia) był typowym badaniem typu RCT (*randomised controlled trial*). Po uzyskaniu informacji o badaniu i wyrażeniu świadomej zgody na udział pacjent odbywał kwestionariuszowe badania przesiewowe, następnie badanie diagnostyczne PTSD i zaburzeń współwystępujących przez niezależnego psychiatrę, według ustrukturalizowanych wywiadów klinicznych SCID-I i SCID-II. Jeśli stwierdzono PTSD jako zaburzenie dominujące w obrazie klinicznym, pacjent był losowo przydzielany do jednego z trzech rodzajów oddziaływań: indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej metodą przedłużonej ekspozycji (12 półtoragodzinnych sesji terapeutycznych) albo leczenia farmakologicznego paroksetyną w dawce 20 mg (12 tygodni), lub do leczenia „skojarzonego” obiema metodami jednocześnie. Aby maksymalnie zbliżyć się do rzeczywistości klinicznej, ograniczono kryteria wykluczenia do sytuacji uniemożliwiających przyjmowanie leku (ciąża, leczenie paroksetyną w przeszłości, konieczność stosowania innych leków psychotropowych, aktywne myśli samobójcze). Planowana liczebność grup dawała moc 0,85<sup>5</sup>.

Główne wyniki badania zostały opublikowane w roku 2015 [13]. Spośród 110 pacjentów, którzy rozpoczęli terapię metodą przedłużonej ekspozycji (PE) 72 osoby (65,4%) ukończyły ją bez PTSD, w grupie otrzymującej paroksetynę odsetek ten wynosił 43,3% i 51,2% w grupie leczenia skojarzonego. Remisja była istotnie częstsza w grupie leczonej wyłącznie psychoterapią metodą przedłużonej ekspozycji niż w grupie leczonej wyłącznie paroksetyną. Różnice w odsetkach przypadków remisji nie były istotne w porównaniach leczenia skojarzonego (Comb) z paroksetyną ani z przedłużoną ekspozycją.

<sup>4</sup> Ten rodzaj psychoterapii często jest obecnie nazywany terapiami *bona fide*.

<sup>5</sup> Czytając wyniki, warto zauważyć, że w badaniach klinicznych tego typu każda osoba badana składająca się na „N” to ... rok pracy badacza – badania przed terapią, trzy miesiące terapii, badania po zakończeniu terapii i follow-up, czyli badanie utrzymywania się efektów po roku, co wyjaśnia koszty, i być może w części znikomą liczbę badań w stosunku do wielkości kraju, jakim jest Polska (choć nie wyjaśnia entuzjazmu znacznej części środowiska psychoterapeutów w krytykowaniu wyników, metodologii, a przede wszystkim znaczenia badań nad skutecznością psychoterapii w praktyce).

Wartość NNT (liczba pacjentów, których należy poddać danej interwencji przez określony czas, aby uwydatniła się różnica z brakiem leczenia) wynosi 4,44 dla porównania PE z samą paroksetyną i 7,9 dla leczenia połączonego w porównaniu z F. W badaniu katamnetycznym po 12 miesiącach (*follow-up*; F-U), efekty leczenia utrzymywały się, zidentyfikowano też różne trajektorie funkcjonowania. Nie było również znaczących różnic między rodzajami leczenia w klinicznej diagnozie współwystępujących schorzeń po zakończeniu leczenia (podtrzymanie lub zmiana diagnozy, ocenianej wyłącznie u osób, które ukończyły leczenie, za pomocą SCID-I i SCID-II).

Jakie były najważniejsze wnioski z badań w latach 2008–2012? Z pewnością do osiągnięć programu badawczego TRAKT -1 należy zaliczyć przede wszystkim liczbę wyleczonych pacjentów – 80% osób z tych, które ukończyły ambulatoryjną psychoterapię metodą przedłużonej ekspozycji w ciągu 12 tygodni pozbyło się diagnozy PTSD, istotnie mniej (choć też więcej w porównaniu z samoistną remisją, która dotyczy – po roku od wydarzenia około połowy osób i ten poziom stabilizuje się) osiągnęło ten sam efekt, stosując paroksetynę i – co najważniejsze – dodanie leku do psychoterapii nie poprawia efektu w zakresie PTSD. Wyobrażając sobie liczby osób cierpiących na PTSD – według badania EZOP II PTSD (w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie) można rozpoznać u 134 800 Polaków – można wyobrazić sobie także liczby osób, którym można pomóc, stosując odpowiednie metody, gdyby chociaż połowa z nich skorzystała z psychoterapii.

### **Bezpieczeństwo – pacjenta, interwencji**

*Outcome research* to też nieskuteczność, szkodliwość. W kontekście medycznym-farmakoterapii jest to aspekt oczywisty. W odniesieniu do psychoterapii temat niewygodny. W przypadku dziedzin o niejednoznacznym statusie (sztuka czy nauka? jak często podkreśla się w dyskusjach o psychoterapii) istnieje pokusa, aby przyjmować preferowaną perspektywę w zależności od kontekstu – na przykład, aby przekonać pacjentów do skorzystania z metody lub ministra zdrowia do odpowiedniej treści rozporządzenia, w debacie publicznej słyszy się często z ust psychoterapeutów, że psychoterapia to metoda „naukowa” poważnie sprawdzona w rygorystycznych badaniach, ale już w odpowiedzi na pytanie o dane dotyczące bezpieczeństwa proponowanej metody (często termin „metoda” jest zamiennie używany z ogólnie definiowaną modalnością/podejściem) wielu z nich podkreśla mglieście „brak różnic” między podejściami [22] lub, co mocniejsze – artystyczny aspekt psychoterapii i – co najwyżej – brak efektu pozytywnego (który łatwo wyjaśnić słabą motywacją pacjenta do zmiany). Przywoływany już artykuł Eysencka z 1952 r., zwracał uwagę właśnie na brak poprawy, ale czy, kiedy i w jaki sposób psychoterapia może szkodzić jest jednym z podstawowych pytań współczesnej psychoterapii.

Medyczne badania kliniczne są bliższe zdefiniowania problemu, zasady *good clinical practice* [23] wyodrębniają „zdarzenia niepożądane” (*adverse events*) jako *każde nie-*



pożądane doświadczenie związane ze stosowaniem produktu leczniczego u pacjenta i „poważne zdarzenia niepożądane” (*serious adverse events*) gdy rezultatem zdarzenia niepożądanego jest śmierć, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie. Kwestią najbardziej skomplikowaną pozostaje związek stosowanego leku/intervencji ze zdarzeniem. W przypadku psychoterapii komplikacji jest jeszcze więcej. Nie ma definicji zdarzeń niepożądanych w psychoterapii – czy takim zdarzeniem będzie nasilenie objawów zaburzenia ponad stan, z jakim pacjent zgłosił się do terapii, konieczność hospitalizacji, samobójstwo czy byłaby nim też decyzja o rozwodzie „pod wpływem” rozmów z terapeutą? Analogicznym problemem jest zdefiniowanie błędu w psychoterapii. Jeśli błędem w sztuce medycznej (nazywanym także błędem medycznym, błędem lekarskim czy po prostu – niepowodzeniem w leczeniu) nazwiemy postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, to uwzględniając kontinuum rozumienia psychoterapii przedstawione na ryc. 1 – jakie byłyby kryteria błędu w psychoterapii (czyli prowadzenia terapii niezgodnie z zasadami), jeśli akceptowany obecnie w systemie ochrony zdrowia [24] termin „psychoterapia” obejmuje praktycznie całe kontinuum terapii zbadanych i niezbadanych<sup>6</sup> i jak odróżniać błąd terapeuty od efektu ubocznego samej procedury (którą terapeuta prowadzi zgodnie z zasadami)? Jeśli ... to czy(im) błędem byłoby niezastosowanie w leczeniu PTSD jednej z zalecanych terapii o udokumentowanej skuteczności? Czy byłby to błąd terapeuty czy może tych, którzy go kształcą, a w programie kształcenia np. w terapii integracyjnej lub Gestalt, lub psychoanalitycznej nie ma konieczności uwzględniania tej wiedzy (bo w większości zalecane w leczeniu PTSD metody identyfikowane są z podejściem poznawczo-behawioralnym).

Rachel Klatte i współpracownicy dokonali systematycznego przeglądu literatury, próbując ocenić, w jakim stopniu protokoły badań psychoterapeutycznych z lat 2004–2017 uwzględniają kwestię szkodliwości [25]. Wyniki sugerowały, że badacze kliniczni nie stosują standaryzowanych podejść w odniesieniu do szkodliwych skutków psychoterapii. Jednym z postulatów jest potraktowanie analizy danych dotyczących szkodliwości psychoterapii jako wymogu etycznego i priorytetu w przyszłych badaniach, których plan

<sup>6</sup> Za osiągnięcie polityczno-lobbystyczne lub wyraz otwarcia na przyszłość, a nieistniejące badania nad skutecznością, można uznać sformułowania zawarte w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia definiującą psychoterapię i kwalifikacje psychoterapeuty, a za nią treści wprowadzonej w sierpniu 2023 ustawy o niektórych zawodach medycznych, definicję kwalifikacji psychoterapeuty jako „ukończenie podyplomowego szkolenia w wymiarze co najmniej 1200 godzin w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, **prowadzonego metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii humanistyczno-doświadczeniowej lub integracyjnej, lub poznawczo-behawioralnej, lub psychoanalitycznej, lub psychodynamicznej, lub systemowej, obejmującego psychoterapię własną lub doświadczenie własne, superwizję psychoterapii i staże**”.

powinien zostać zmodyfikowany, ponieważ na obecnym etapie wiedzy to skupienie na niepowodzeniach właśnie pozwala doskonalić psychoterapię. W eksploracyjnym badaniu możliwych negatywnych zdarzeń podczas psychoterapii i ich związku z prowadzoną terapią poznawczo-behawioralną sprzed zaledwie pięciu lat Marie Luise Schermuly Haupt, Michael Linden i John Rush stwierdzili, że około 40% pacjentów relacjonuje „objawy uboczne” psychoterapii [26]. U niektórych są one przemijające, u innych stanowią o niepowodzeniu.

Dane programu TRAKT-1 pozwalają na wyodrębnienie kilku rodzajów z niepowodzeń w terapii, z czego niektóre mogą wskazywać na ryzyko „negatywnych zdarzeń niepożądanych”. W odniesieniu do całego pakietu psychoterapii metodą przedłużonej ekspozycji tautologicznie niemal można zdefiniować jako główne niepowodzenie brak remisji objawów (czyli w diagnozie po terapii u pacjenta nadal można było stwierdzić spełnianie kryteriów PTSD). Za niepowodzenie można też uznać odmowę skorzystania z potencjalnie skutecznej terapii (to także problem każdej polityki zdrowotnej, w tym profilaktyki) i przedwczesną rezygnację (*drop-out*) z terapii potencjalnie skutecznej. Monitorowanie nasilenia objawów PTSD na każdej sesji pozwoliło także na ocenę pogorszenia w stosunku do poprzedniej sesji lub stanu wyjściowego i odniesienie tej wiedzy do ostatecznego efektu psychoterapii. Przytaczanie bezwzględnych liczb osób w tym tekście jest zabiegiem celowym – za każdą z nich kryje się pacjent, w przypadku naszej ilustracji wywodu, cierpiący na pourazowe zaburzenie stresowe. U 1/4 pacjentów – 28 osób spośród leczonych przedłużoną ekspozycją zanotowano przejściowe pogorszenie – nasilenie objawów PTSD powyżej poziomu z początku terapii (18 osób) lub w porównaniu z ostatnią sesją (10 osób), z czego większość (20 osób) ukończyła całą terapię bez PTSD, 7 osób z objawami PTSD, a trzy osoby przerwały terapię [13]. Przejściowe pogorszenie bez wpływu na ostateczny efekt terapii było zgodne z obserwowanym w badaniach twórczyni metody Edny Foa i współpracowników [27].

Przejściowe pogorszenie przy ostatecznym pozytywnym efekcie dobrze się kończy, choć oczywiście wymaga refleksji. Istnieją jednak badania stanowiące memento – gdyż metoda zamiast pomagać – szkodzi, jak interwencja mająca zapobiegać PTSD – Critical Incidence Stress Debriefing (CISD) [28]. Została opracowana w sposób niezwykle zdroworozsądkowo logiczny – skoro problemem w PTSD jest fragmentaryzacja, brak przetworzenia doświadczenia traumatycznego, które wraca we wspomnieniach nieuporządkowanych – może uporządkowanie tego wspomnienia tuż po doświadczeniu traumatycznym, najczęściej zbiorowym np. katastrofie, w sposób pozwalający na jego przetworzenie w grupie uczestników doświadczenia będzie miało skutek podwójny. Po pierwsze, potrafi bezpośrednio pomóc opanować negatywne emocje, a po drugie zapobieganie rozwojowi PTSD. (Dodatkowym plusem interwencji było to, że można było w niej szkolić rzesze osób świadczących pierwszą pomoc psychologiczną – było to więc ważne

narzędzie ograniczające bezradność „psychologów” na miejscu katastrofy). Niestety w roku 2000 podsumowano wyniki 20 lat badań w metaanalizach, które wykazały, że u osób, które otrzymały tę interwencję istotnie więcej rozwijało PTSD – metoda psychologiczna nie pomagała zatem, a szkodziła [28]. Od tej pory w publikowanych zaleceniach wyraźnie wskazuje się na te wyniki metaanalizy jako uzasadniające przeciwskazanie i odradzanie metody debriefingu [20, 29, 30], choć są jej zwolennicy, którzy wskazują na konieczność dalszych badań. Warto zatem scharakteryzować rolę metaanaliz i zaleceń klinicznych, w których występuje psychoterapia.

### ❷. Czy jedno badanie wystarczy, żeby wskazać skuteczność? Metaanalizy i zalecenia (*clinical guidelines*)

TRAKT-1 dał wyniki... jednego badania. Od pierwszej opublikowanej RCT prowadzono tysiące badań w samej psychoterapii. Lepszych i gorszych. W badaniach klinicznych, ich pragmatyce i metodologii został stworzony system bezpieczników (opisany między innymi jako zasady dobrej praktyki klinicznej – *good clinical practice*) pozwalający na ocenę tendencyjności badacza (podwójnie ślepa próba, randomizacja), wyeliminowanie ewentualnego ukrywania wyników niezgodnych z założeniami (konieczność rejestru badań prowadzonych), dbanie o przestrzeganie norm etycznych (decyzja komisji (bio)etycznej jako warunek rozpoczęcia badań) [23].

Podstawę uznania metody za skuteczną i zalecaną stanowi jednak powtarzalność wyników dobrze zaprojektowanych badań i metaanalizy – wówczas można mówić o terapiach „dobrze udokumentowanych” lub „prawdopodobnie skutecznych”, co od 25 lat sugerują Diane Chambless i Steve Hollon [32]. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, korzystając z propozycji Chambless i Hollona, przypisuje każdą metodę do jednej z trzech kategorii: **1) dowody silne – wsparcie z dwóch dobrze zaprojektowanych badań przeprowadzonych przez niezależnych badaczy; 2) dowody umiarkowane – wsparcie z jednego dobrze zaprojektowanego badania lub kilku mniej rygorystycznie, lecz akceptowalnie zaplanowanych badań; 3) dowody kontrowersyjne – niespójne wyniki lub kontrowersje związane z mechanizmami terapii.** Po latach badań, wraz z rosnącą rolą metaanaliz i przeglądów systematycznych, Tolin i wsp. [33] zaproponowali zmodyfikowane kryteria, obejmujące dwa główne kroki: 1) przegląd [wskazanie metody leczenia, ocena istniejącego przeglądu systematycznego z uwzględnieniem schematu PICOTS (*population, intervention, comparator, outcome, timing, setting* – populacja, interwencja, grupa kontrolna, wyniki, czas, miejsce leczenia) i ryzyka błędu (niskiego, wysokiego, niejasnego)], a następnie 2) ocenę danych przez grupę ekspertów i określenie rekomendacji jako „bardzo silnej”, „silnej” albo „słabej”. Opisany system opracowywania wytycznych znany jest w medycynie jako GRADE [34]. Autorzy sądzą, że dopiero, gdy dysponuje się wiedzą na temat

siły wsparcia empirycznego dla danej metody (*empirically supported treatment, EST*), można uwzględnić pozostałe dwie składowe praktyki opartej na danych naukowych (*evidence-based practice, EBP*): cechy pacjenta i doświadczenie klinicysty.

Prezentując rodzime badania, podążamy tym tokiem myślenia. Około roku 2017 angielski NICE – National Institute for Health and Care Excellence postanowił uaktualnić wiedzę o leczeniu PTSD na podstawie badań, które ukazały się w czasie od ostatniej publikacji zaleceń w 2006 r. [20, 29]. Autorzy programu TRAKT zostali poproszeni o szczegółowe dane, podobnie jak dziesiątki autorów badań z ostatniego dziesięciolecia. Rozdział Guidelines NICE poświęcony leczeniu i zapobieganiu PTSD obejmuje zarówno metody farmakologiczne, nefarmakologiczne i ich porównanie w stworzeniu zaleceń dla opieki zdrowotnej<sup>7</sup>. Pytania zadane przez autorów brzmiały m.in: *Jakie są korzyści i szkody wynikające ze stosowania z dostępnych interwencji farmakologicznych, psychologicznych, psychospołecznych w leczeniu PTSD u dorosłych, dzieci i młodzieży?* [29]. Dane z programu TRAKT razem z danymi z innych badań wsparły wniosek o tym, że **1) psychoterapia zorientowana na traumę (do których należy badana przez nas metoda przedłużonej ekspozycji, ale oprócz niej także terapia poznawcza, terapie przetwarzania poznawczego i narracyjna terapia ekspozycyjna) jest metodą z wyboru; 2) istnieją leki zarejestrowane w leczeniu PTSD, ale ze względu na mniejszą skuteczność niż farmakoterapia powinny być stosowane w drugiej kolejności, jeśli psychoterapia nie jest możliwa. Nie ma także dowodów na to aby stosowanie leczenia połączonego (psychoterapia + farmakoterapia) przewyższając skuteczność każdej z metod z osobna.** Wnioski z metaanaliz przekładają (mogłyby przekładać się) się na zalecenia dla praktyki i systemu ochrony zdrowia – ale to już decyzje polityczne w obrębie systemu. Tymczasem odniesienia do wyników programu TRAKT-1 znajdują się w opublikowanej w grudniu 2018 aktualizacji wytycznych National Institute of Care and Clinical Excellence (NICE) w Wielkiej Brytanii dotyczących leczenia PTSD (NICE, 2019)[29] i pojawiają się w kolejnych metaanalizach i przeglądach systematycznych dotyczących terapii PTSD.

Zalecenia (*guidelines*) opracowywane przez różne organizacje mają wiele wątków wspólnych. Na przykład standardy CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) [35] określają wskazania do stosowania danej metody jako terapii pierwszego, drugiego i trzeciego wyboru, to, co je wyróżnia na tle stosowanych od ponad 20 lat ogólnych „zaleceń”, to znaczenia metaanaliz. I tak wg CANMAT metaanaliza z wąskim przedziałem ufności i/lub co najmniej dwa badania z zastosowaniem randomizacji, adekwatną wielkością próby, preferowane grupy kontrolne z placebo stanowi

<sup>7</sup> Cytujemy NICE, ale wiele agencji w różnych krajach opracowuje zalecenia na podstawie wyników badań według ogólnodostępnych procedur tworzenia zaleceń. Analogiczne do PTSD zalecenia w leczeniu większości zaburzeń psychicznych znajdują się na stronach NICE.

poziom 1; metaanaliza z wąskim przedziałem ufności i/lub co najmniej jedno badanie z zastosowaniem randomizacji, adekwatną wielkością próby to poziom 2. Na poziomie 3 znajdują się badania z zastosowaniem randomizacji, w mniejszej grupie, albo badania prospektywne z grupą kontrolną, ale bez randomizacji, albo powtarzalne opisy przypadków lub wysokiej jakości badania retrospektywne; a poziom 4 stanowią rekomendacje oparte na ustaleniach ekspertów. Na tej podstawie oraz uwzględnieniu przydatności klinicznej – oceny możliwości zastosowania metody (w tym kosztów), jej bezpieczeństwa (czyli poza skutecznością, profilu bezpieczeństwa, ewentualnych efektów ubocznych) eksperci podejmują decyzję o kolejności wyboru leczenia (np. *metoda pierwszego wyboru* opiera się na badaniach poziomu 1 lub 2 wspartych opinią o przydatności klinicznej). Jak pisze Joanna Kłosowska [36]: „Rekomendacje towarzystw naukowych dotyczące leczenia poszczególnych zaburzeń psychicznych czy terapii tzw. pierwszego wyboru nie są więc tworzone na podstawie pojedynczych wyników czy analiz [37, 33], lecz metaanaliz, ale nawet czytając te, należy zapoznać się z zakresem analizowanych porównań, uzyskanymi wielkościami efektów dla poszczególnych zestawień terapii i ich dokładnymi poziomami istotności (wziąwszy także pod uwagę informację o liczbie uwzględnionych w analizie zmiennych i liczbie dostępnych badań dla poszczególnych kategorii terapii). Wówczas można wyciągać wnioski na temat relatywnej skuteczności i możliwej szkodliwości specyficznych interwencji psychologicznych w leczeniu określonych zaburzeń. Nie jest obojętne, jaką konkretnie interwencję stosujemy w leczeniu danego problemu – nie jest np. zupełnie bez znaczenia, czy w leczeniu fobii specyficznych wykorzystamy ekspozycję czy jakąś inną metodę [37]. Gdy pacjent zgłasza się do praktyka z lękiem przed lataniem samolotami, który musi szybko zniwelować, raczej nie będzie leczony przy użyciu przeglądu życia czy debriefingu. Podobnie (przynajmniej można mieć taką nadzieję) mało który psychoterapeuta będzie leczył fobię dokładnie tak samo, jak np. schizofrenię, a niektóre metody psychologiczne zastosowane w odniesieniu do określonych problemów mogą być, co zaznaczaliśmy, potencjalnie szkodliwe [38–40]. Podnoszenie świadomości zwłaszcza tego ostatniego faktu ma ogromną wagę społeczną.

Nawet jeśli dana metaanaliza wskazuje, że różnice w wielkościach efektów występują, ale są relatywnie „niewielkie” (z punktu widzenia powszechnie przyjmowanych w odniesieniu do wielkości efektów ram interpretacyjnych, np. tych zaproponowanych przez Cohena), nie oznacza to, że różnice te nie mają zasadniczego znaczenia klinicznego czy nie są praktycznie ważne i istotne. Na przykład, około 10-procentowa różnica w efektywności dwóch metod zostanie zapewne zinterpretowana jako mała. Taka różnica niekoniecznie będzie jednak bez znaczenia dla pacjenta, a tym bardziej systemu opieki zdrowotnej, który w ograniczonych ramach czasowych i budżetowych musi zapewnić opiekę tysiącom osób. Cytując Barkhama (2023, s. 531): (...) „smaller effects

matter because of their collective and cumulative impact” [41]. Istotną kwestią jest także to, po jakim czasie efekty danej interwencji zaczynają być widoczne, jak długo po zakończeniu leczenia się utrzymują i z jakimi nakładami emocjonalnymi czy finansowymi dana interwencja się łączy”. W przypadku PTSD dotyczy to przykładowo porównań terapii zorientowanych na traumę z terapiami „*bona fide*”, wskazujących na niewielką różnicę [42]. „O 10% większa (czy nawet porównywalna) efektywność przy krótszym czasie trwania danej terapii, jej niższych kosztach (niż terapii alternatywnej) i stosunkowo trwałych efektach może wskazywać na potencjalnie bardzo ważną i trudną do zlekceważenia z punktu widzenia praktyki czy instytucji finansujących «różnicę». Podobnie nie bez znaczenia są dane na temat ryzyka wystąpienia negatywnych efektów w wyniku leczenia daną metodą. Stąd też kluczowe jest, aby wyniki badań, przeglądów czy metaanaliz były poddawane krytycznej analizie i rozpatrywane z wielu różnych perspektyw przed sformułowaniem na ich podstawie jakichkolwiek zaleceń.” Jedną z perspektyw jest zapewne wybór pacjenta.

### ❶ Świadomy wybór pacjenta i personalizacja leczenia – trzeba słuchać pacjenta

Dysproporcja między rozpowszechnieniem zaburzeń a korzystaniem z form leczenia, których skuteczność ma wsparcie empiryczne, obejmuje co najmniej dwa aspekty – jednym z nich jest organizacja opieki zdrowotnej, a w nim dostępność, stworzenie możliwości skorzystania ze skutecznej potencjalnie formy leczenia. Drugi wiąże się z zadaniami psychoterapeutów i badaczy, które polegałyby na rzetelnym dostarczeniu pacjentowi danych umożliwiających podjęcie świadomej decyzji o wyborze rodzaju leczenia i podjęciu przez tegoż pacjenta wysiłku w kierunku zmiany. Co jednak, jeśli świadoma decyzja pacjenta uwikłana jest w potężne mechanizmy psychologiczne odpowiedzialne za podtrzymywanie samego zaburzenia, jak np. lęk i UNIKANIE konfrontacji z wszelkimi bodźcami przypominającymi traumę? Psychoterapia metodą przedłużonej ekspozycji – niezwykle skuteczna – zakłada jednak powrót w wyobraźni do traumatycznego wspomnienia i zaangażowanie pacjenta w „ćwiczenia” między sesjami – a sam fakt korzystania z terapii jest dla pacjentów na tyle awersyjny, że przewyższa potencjalne korzyści. Pewne światło na to zjawisko rzucają badania follow-up, czyli informacje dotyczące trwałości efektów terapii i analiza ponownie niepowodzeń w terapii już nie pod kątem jej szkodliwości czy „efektów ubocznych”, ale tego, co zniechęca lub sprawia, że pacjent decyduje się, aby z terapii nie skorzystać.

W programie TRAKT raportowano zarówno osoby, które zrezygnowały z uczestnictwa po randomizacji, ale przed rozpoczęciem terapii, jak i te, które zrezygnowały po rozpoczęciu terapii (*drop out*). Najwięcej osób (istotnie) odmówiło korzystania z farmakoterapii (49 osób). Analiza oczekiwań dotyczących skuteczności różnych interwencji

(psychoterapia, leki, upływ czasu, wsparcie od członków rodziny) mierzonych podczas badań przesiewowych, nie wskazywała na różnice między grupami. Jednak po wyodrębnieniu grupy, która odrzuciła farmakoterapię, ukazała się zależność – były to osoby, które niżej oceniały potencjalne korzyści z farmakoterapii niż pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie. W badaniu follow-up po roku od rozpoczęcia programu udało się uzyskać informacje od 38 z osób, które nie podjęły leczenia. Dobre funkcjonowanie po roku od odmowy skorzystania z leczenia farmakologicznego zgłosiło 55% wszystkich osób rezygnujących z udziału, jednak tylko 5 przypadków można uznać za spontaniczne remisje, ponieważ 22 osoby (44%) w trakcie tego roku przeszły inne leczenie, głównie psychoterapię. (O ile w badaniu otrzymane leczenie było wynikiem randomizacji, tu decydował już wybór pacjenta). Siedem osób (14,2%) próbowało innego leczenia, ale nadal nie funkcjonowało dobrze; cztery (8,1%) wyraziły ubolewanie z powodu odmowy, ale nigdy nie próbowały innego leczenia, natomiast 11 osób (22,4%) odmówiło udziału w F-U.

Spośród 179 uczestników, którzy rozpoczęli leczenie, 138 zakończyło je, uczestnicząc w wizycie diagnostycznej prowadzonej przez niezależnego od terapii psychiatrę. W sumie 41 osób (22,9%) zrezygnowało z terapii (brak istotnych statystycznie różnic między rodzajami terapii) po co najmniej jednej sesji/wizycie. Zjawisko *drop-out* to źródło bezcennych danych o ograniczeniach metody, systemu z perspektywy pacjenta. Uczestnicy badania F-U zgłosili kilka powodów rezygnacji z terapii: psychoterapia metodą przedłużonej ekspozycji była zbyt wymagająca (30,0% osób rezygnujących z PE i 30,8% osób rezygnujących z leczenia połączonego); problemy logistyczne (praca, przeprowadzka do innego miasta); lub skutki uboczne leków. Nie udało się dotrzeć do 7 osób, które przedwcześnie zakończyły terapię. Ta grupa stanowiła największe wyzwanie dodatkowo wzmocnione analizami cech temperamentu jako potencjalnego moderatora odpowiedzi na leczenie [16].

Analiza jakościowa treści poruszanych przez pacjentów podczas terapii oraz danych z superwizji klinicznych dostarczyła danych obserwacyjnych i pozwoliła na sformułowanie problemów do dalszych badań, co Kazdin (2008) podkreśla jako ważną rolę danych opartych na praktyce klinicznej (*practice-based evidence*) obok wspomnianych już metod leczenia opartych na danych naukowych (*evidence-based treatments, empirically supported treatments*) stanowiących podstawę praktyki opartej na danych z badań naukowych (*evidence-based practice*).

„Właściwa profilaktyka i właściwe leczenie właściwego pacjenta we właściwym czasie – to synteza idei medycyny personalizowanej” głosi deklaracja programowa Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej, wskazując na zmianę paradygmatu z leczenia jednym rodzajem terapii całej populacji (*one size fits all*) na leczenie dostosowane do indywidualnych cech pacjenta i jego choroby [43]. W psychoterapii kultowe wręcz pytanie „**jakie leczenie i przez kogo jest najskuteczniejsze dla tej osoby z tym kon-**

**kretnym problemem i w jakich okolicznościach?”** Gordona Paula rozgrzewa większość umysłów terapeutycznych już od 56 lat [44]. W medycynie za zmianę paradygmatu odpowiedzialne są badania molekularne, w psychoterapii warto odróżnić czysto propagandowe użycie słowa „dostosowuję terapię do potrzeb pacjenta, wybierając z różnych nurtów, co dla niego najlepsze”, które rzadko bywa poparte wiedzą dotyczącą zbadanych mechanizmów psychologicznych, do których odnosi się ten wybór, a bywa wyrazem czystego eklektyzmu technicznego.

Natomiast czujnie zidentyfikowane w praktyce ograniczenia stosowania metod „ogólnie skutecznych” stymulują kolejne badania.

#### ❶ **Znowu badania – czyli wpływ badań na praktykę kliniczną i praktyki na badania**

Poważnym problemem zidentyfikowanym w Programie TRAKT-1 byłoby stworzenie oferty dla pacjentów, którzy rezygnację z terapii na różnych etapach uzasadniali tym, że terapia ekspozycyjna jest zbyt obciążająca emocjonalnie ze względu na konieczność konfrontacji ze wspomnieniem traumatycznego wydarzenia, a ich motywacja do pracy terapeutycznej przegrała z nasilonym unikaniem doświadczania dyskomfortu. Dlatego w kolejnym programie TRAKT-3 postanowiono sprawdzić, czy ominięcie ekspozycji oraz jakiegokolwiek przetwarzania treści doświadczenia traumatycznego w leczeniu PTSD pozwoli na skuteczność porównywalną do terapii zorientowanych na traumę. W oparciu o 7-czynnikowy model PTSD przetestowany w badaniach [45, 46], na podstawie przeglądu literatury zidentyfikowano główne procesy terapeutyczne, które mogły być mediatorami zmiany. Jednym z centralnych poznawczych mechanizmów było poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z objawami PTSD [47] związane z potraumatyczną zmianą przekonań oraz dysfunkcjonalne sposoby regulacji emocji związane z tendencyjnością przetwarzania informacji, regulacją wzbudzenia, unikaniem aktywności. Kolejne moduły – sekwencja sesji terapeutycznych odnosiła się do tych właśnie hipotetycznych mechanizmów w czasie równoważnym dla badanej wcześniej w programie TRAKT-1 metody przedłużonej ekspozycji, która była warunkiem kontrolnym w nowym badaniu TRAKT-3. Plan badania był ponownie typowy dla RCT. 152 osoby (69% stanowiły kobiety) z PTSD, w wieku 19–68 lat ( $M=37,14$ ;  $SD=11,48$ ), zostały zakwalifikowane do odbycia psychoterapii (76 – przedłużona ekspozycja, 76 terapia poznawcza). W analizie ITT niezależny diagnosta stwierdził, że w momencie ukończenia terapii objawy występujące u 79% osób, które odbyły terapię poznawczą, oraz 76% osób, które przeszły przedłużoną ekspozycję, albo ustąpiły całkowicie, albo nie spełniały kryteriów diagnostycznych. Różnica nie była istotna, podobnie jak nieistotne były różnice w odsetkach osób, które przedwcześnie zakończyły terapię (*drop-out*,  $PE=1,5\%$ ;  $PP=0,9\%$ ) lub zakończyły ją wciąż z diagnozą PTSD ( $PE=9\%$ ;  $PP=12\%$ ). Badanie przyniosło wyniki wskazujące



na skuteczność w leczeniu PTSD interwencji psychologicznej, która nie obejmowała konieczności odwoływania się do wspomnienia traumatycznego przeżycia jako warunku koniecznego ustąpienia objawów PTSD.

Do metaanaliz pozwalających na umieszczenie metody opracowanej w ramach programu TRAKT-3 w zaleceniach klinicznych jest jeszcze daleko, praktyka kliniczna została jednak wzbogacona o alternatywę dla pacjentów, którzy nie chcieli z dostępnych metod skorzystać.

Podstawowe pytanie pozostaje nierozstrzygnięte – co, oprócz unikania, niepodjęcia terapii może sprawiać, że psychoterapia jest mniej skuteczna? Program TRAKT powstał w miejscu badań nad różnicami indywidualnymi, dlatego na długo przed zwrotem klinicystów w stronę uwzględnienia cech temperamentu w psychopatologii i terapii [48] czynników, które mogłyby pomóc określić wskazania dla pacjentów determinujące wybór terapii, poszukiwano w cechach osobowości/temperamentu. Jednym z najbardziej spójnych wyników uzyskanych w obu badaniach było stwierdzenie powiązania skuteczności terapii, czyli wielkości zmian objawów PTSD, z poziomem żwawości temperamentalnej (jednej z cech ujmowanej przez regulacyjną teorię temperamentu, Jana Strelaua, odpowiadających za plastyczność zachowania). Analiza trajektorii zmian z sesji na sesję wykazała, że w przypadku farmakoterapii, odwrotnie niż dla psychoterapii – dynamika remisji objawów PTSD jest większa u osób o niższej żwawości w porównaniu z osobami o żwawości wyższej. Stojąc przed wyborem, uwzględniając preferencje pacjenta, farmakoterapia może być bardziej uzasadniona u osób o niższej żwawości (zważywszy, że inne analizy wykazały, że to niska żwawość sprzyja rezygnacjom z terapii) [15,16].

Sposób, w jaki praktyka stymuluje badania dotyczy także sytuacji, w których badania typu RCT byłyby niewykonalne – metodologia *single case experimental designs* – plan eksperymentalny z jednym podmiotem/ jedną osobą badaną, który wykorzystuje techniki eksperymentalne w celu ustalenia przyczynowych relacji między zmienną zależną (tj. obserwowalnym zachowaniem) a zmienną niezależną (tj. leczeniem, techniką terapeutyczną). Aby uzyskać dowód, że dana technika może zmienić docelowe zachowanie, uczestnik poddawany jest co najmniej różnym warunkom, na przykład wprowadzeniu i wycofaniu zmiennej niezależnej, manipulowaniu zmienną niezależną w różnych fazach oraz wprowadzeniu zmiennej niezależnej w sposób rozłożony w różnych momentach czasu. Dlatego indywidualny uczestnik działa jako własna kontrola. Obserwuje się zachowanie w różnych warunkach i na podstawie wyników wnioskuje się o skuteczności interwencji. Obiektywne cechy zachowania (np. czas trwania, intensywność i opóźnienie) są precyzyjnie odnotowywane [49]. Ze względu na oszczędność zasobów projekty oparte na pojedynczych przypadkach mogą być przydatne podczas prac rozwojowych i umożliwiać szybką replikację w różnych badaniach [50].

W centralnym punkcie ryciny 2 mieści się praktyka kliniczna – psychoterapia, zwróciliśmy zatem uwagę na badania inspirowane obserwacjami klinicznymi i ograniczeniami badań nad skutecznością, badania dotyczące predyktorów skuteczności terapii. Jest to najlepszy moment, aby podkreślić związek psychoterapii z psychopatologią – najbardziej kliniczną częścią psychologii i najbardziej psychologiczną częścią medycyny. Zbiór wspólny, w którym skupiają się badania eksperymentalne podstawowych procesów, warunkujących zmiany stanu psychicznego, emocjonalnego (docelowo w formie wielozmiennowej diagnozy, zarówno objawów zaburzeń, jak też procesów leżących u ich podłoża), których rozumienie jest podstawą świadomej praktyki [51–53], przedmiot żywiłowej dyskusji ostatnich lat nad sposobem i sensem formułowania nozologicznych diagnoz klinicznych [12]. Mimo znacznie krótszej tradycji formalnego stosowania, a jednocześnie najbliższe codziennej praktyce – obserwacjom klinicznym, są badania jakościowe – w psychoterapii będzie to m.in. analiza narracji, doświadczenia pacjenta i procesów zachodzących w interakcji, z której wnioski mogą stymulować rozwój teorii.

### **Teoria jako fundament praktyki psychoterapeutycznej czy zgrabna narracja o życiu?**

Dotarliśmy do pozornie oczywistego momentu, od którego najczęściej zaczyna się opowieść o psychoterapii. W idealnym świecie, podążając za manifestem behawiorystów, teoria dotycząca funkcjonowania psychicznego, zaburzeń tegoż funkcjonowania i mechanizmów za nie odpowiedzialnych – empirycznie przetestowana stanowi podstawę interwencji psychoterapeutycznych korygujących procesy odpowiedzialne za psychopatologię. Nawet na ideogramie (ryc. 2), który siłą rzeczy stanowi uproszczenie, pojawia się przerywana linia, która, jak podkreśla Salkovskis, ilustruje jeden z podstawowych błędów interpretacyjnych – wnioskowania o trafności teorii na podstawie badań nad skutecznością terapii. Empiryzm bez teorii nie ma najmniejszego sensu, więc badania nad skutecznością terapii odwołują się do teorii, która stanowi podstawę zaplanowania terapii, ale ich wyniki nie stanowią weryfikacji teorii, mogą najwyżej stanowić inspirację do zaplanowania badań bezpośrednio tę teorię testujących. Bardzo wiele modeli teoretycznych zaburzeń psychicznych (definiowanych nozologicznie) zostało przetestowanych, dzięki czemu psychopatologia została wzbogacona o wiedzę o mechanizmach podtrzymujących zaburzenia (większość poznawczo-behawioralnych modeli zaburzeń lękowych, PTSD, depresji) [zob. 12]. Zidentyfikowano także wiele procesów transdiagnostycznych występujących w wielu zaburzeniach psychicznych (np. ruminacje, zamartwianie się, perfekcjonizm czy brak elastyczności). Nie znając przyczyn, sporo wiadomo o czynnikach ryzyka. Badania programów TRAKT, które stanowiły ilustrację dotychczasowego wywodu i kontynuację wcześniejszych badań nad temperamentem, pozwoliły na potwierdzenie temperamentalnej reaktywności emocjonalnej jako jednego

z czynników ryzyka rozwoju PTSD, niezależnie od rodzaju doświadczenia traumatycznego i badanej populacji [14] oraz zmian zachodzących w reaktywności pod wpływem skutecznego leczenia PTSD [54]. Przy odrobinie szczęścia badania empiryczne nad mechanizmami podtrzymującymi błędne koło zaburzenia są słyszane przez grupy robocze opracowujące, np. kryteria diagnostyczne DSM czy ICD – jak w przypadku lęku uogólnionego prace Toma Borkovca i jego zespołu nad zamartwianiem zaowocowały uwzględnieniem tego objawu jako głównego kryterium w DSM-IV itd. [55, 56]

Zapoczątkowane przez Aarona T. Becka badania nad psychopatologią i skutecznością psychoterapii depresji zrewolucjonizowały zdrowie psychiczne, a opracowana przez niego terapia pomogła przez ostatnie 50 lat rzeszom pacjentów, na co wskazują badania nad skutecznością, metaanalizy, zalecenia kliniczne (dzięki czemu ojciec terapii poznawczo-behawioralnej, zmarły w wieku 100 lat w 2022 roku Aaron T. Beck był dwukrotnie nominowany do Nagrody Nobla).

Jednak jedno z najważniejszych pytań o to, co powoduje zmianę w psychoterapii, jest prawdopodobnie najtrudniejszym pytaniem w badaniach nad psychoterapią i ogniskuje zainteresowanie badaczy. W 2009 roku Alan Kazdin pisał „po dziesięcioleciach badań nad psychoterapią nie możemy przedstawić opartego na dowodach wyjaśnienia, w jaki sposób i dlaczego nawet nasze najlepiej zbadane interwencje powodują zmianę” [57]. Najlepiej zbadane techniki terapeutyczne (działania terapeuty), które przyczyniają się do zmiany, zostały w wielu badaniach dość dobrze zidentyfikowane (np. ekspozycja, restrukturyzacja poznawcza czy aktywizacja behawioralna), w przeciwieństwie do stanu wiedzy na temat mechanizmów (czyli procesów, dzięki którym działania terapeuty powodują zmianę u pacjenta). Wiedza na temat kluczowych elementów terapeutycznych i ich skuteczności jest sama w sobie niezwykle ważna – na przykład może pomóc w skupieniu szkolenia psychoterapeutów na umiejętnościach, które są najważniejsze, aby nastąpiła zmiana i terapię można było uznać za skuteczną, może pomóc w standaryzacji metody w opiece zdrowotnej, jednak rozwój teorii dotyczących mechanizmów działania psychoterapii to wyzwanie najbliższych lat. [58] Ponownie można podkreślić analogię między leczeniem psychoterapią a farmakoterapią – gdzie udokumentowany jest efekt leczący, ale bardzo często w nieznanym mechanizmie.

### **Podsumowanie**

W każdym z omawianych aspektów psychoterapii jako praktyki klinicznej staraliśmy się wskazać ważne współczesne pytania z częściowo modernistyczną nadzieją na rozwój.

Farmakologia mierzy się z rzetelnością badań i znalezieniem równowagi między wysiłkiem laboratoriów oraz badaczy i inwestycjami przeznaczonymi na opracowanie nowych leków a pokusą osiągnięcia zysków ze sprzedaży i zaleceń stosowania substancji

niewystarczająco zbadanych pod względem skuteczności i bezpieczeństwa oraz informacji przekazywanych nieprecyzyjnie (delikatnie rzecz ujmując) z zaangażowaniem gigantycznych środków.

Psychoterapia ma również swoją mroczną stronę – brak uregulowań i łatwość wykorzystania potrzeby kontaktu z drugim człowiekiem, a także niezaspokajalne potrzeby wynikające z samego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dorosłych dzieci i młodzieży, to obszar potencjalnych nadużyć. Z jednej strony są to działania po prostu nieprofesjonalne przez osoby nieposiadające żadnych kwalifikacji – z drugiej działania samego środowiska psychoterapeutów. Spotykany jeszcze parę lat temu argument, że psychoterapia to sztuka rozmowy przynależna humanistyce, której raczej nie można (a nawet nie należy) badać, a na pewno nie w sposób opisany w tym artykule, używany jest coraz rzadziej.

Tajemnicza przepaść, obserwowana niejednokrotnie pomiędzy psychologią uniwersytecką a psychoterapią, zaskakuje, tym bardziej jeśli przez praktykujących terapeutów bywa podkreślana słowami „oddzielam moją aktywność naukowca od aktywności psychoterapeuty”. Grozi instrumentalnym użyciem założeń historycznych podstaw głównych nurtów psychologii i wyodrębnionych na ich podstawie nazw podejść psychoterapeutycznych – jako dowodów na skuteczność rozmowy z pacjentem w ich duchu<sup>8</sup>. Na drugim biegunie będzie niezagłuszona postawa badacza podczas uważnego słuchania pacjenta na każdej sesji terapeutycznej, co podkreśla Paul Salkovskis, mówiąc: „*every clinic should be a research clinic*” [57].

Bez solidnej wiedzy teoretycznej i podstaw empirycznych argumenty używane przez środowisko psychoterapeutów, które walczą o czysto bytowe sprawy, jak zatrudnienie w systemie opieki zdrowotnej czy szkolenie terapeutów, czy też po prostu hołdując tradycji, będą forsowane siłą lobbingu. Naukowo udowodniona skuteczność została w sierpniu 2023 ogłoszona ustawowo i niezależnie od wyników badań i stanu wiedzy dotyczy, według zapisu ustawy: „terapii humanistyczno-doświadczeniowej lub integracyjnej, lub poznawczo-behawioralnej, lub psychoanalitycznej, lub psychodynamicznej, lub systemowej”. Plusem jest krok w stronę uregulowania zawodu – z szacunkiem dla „mądrej ciotki” – pozostawienie jej poza systemem. Minusem – konsekwencje podejścia „wszystkie metody mają tę samą skuteczność” dla pacjentów, które łatwo sobie wyobrazić.

<sup>8</sup> Za najbardziej niepożądaną konsekwencję tego trendu można uznać oddzielenie psychoterapii od psychologii i medycyny i jej luźny związek z teorią i paradygmatami badawczymi w psychologii i medycynie. W większości krajów europejskich psychoterapia jako specjalność kliniczna związana jest z systemem opieki zdrowotnej, a kształcenie w psychoterapii z kształceniem akademickim w psychologii lub (rzadziej) medycynie. Istnieją jednak trendy odwrotne – w kierunku podkreślania odrębności psychoterapii. Wprowadzone zmiany w ustawie o zawodach medycznych sankcjonują uprawnienia do prowadzenia psychoterapii przez osoby posiadające certyfikat psychoterapeuty uzyskany po jakichkolwiek studiach magisterskich.

Naukowcy zapewne nie ustaną w sporach i badaniach wiedzeni imperatywem poznawania. W 2018 roku Emily Holmes i współpracownicy w artykule pod tytułem *The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science* [59] w piśmie Lancet sformułowali 10 głównych problemów badawczych dotyczących psychoterapii na najbliższą przyszłość.

- 1) Jak działają istniejące metody leczenia? Badania mechanizmów leczenia psychologicznego.
- 2) Gdzie można zastosować terapię psychologiczną? (Badania mające na celu poprawę zdrowia psychicznego na całym świecie – zatem zastosowanie metod w krajach, gdzie tradycyjny dostęp jest niemożliwy – opracowanie metod łatwo aplikowalnych).
- 3) Z czym można łączyć psychoterapię? Potencjał synergistycznych efektów leczenia – wykorzystanie i rozwój intermodalnych podejść terapeutycznych.
- 4) Kiedy w życiu należy stosować psychoterapię, aby nie tylko leczyć, ale i zapobiegać?
- 5) Technologia – czy dzięki nowym technologiom możemy zmienić dostępność i skuteczność leczenia psychologicznego?
- 6) Doskonalenie badań nad skutecznością psychoterapii.
- 7) Szkolenie – czy możemy kultywować wizję interdyscyplinarnego szkolenia w naukach o zdrowiu psychicznym, aby ulepszyć metody leczenia psychologicznego?
- 8) Kogo, z powodu czego i czym powinniśmy leczyć? Obejmując złożoność zaburzeń psychicznych od spersonalizowanych modeli po podejścia uniwersalne.
- 9) Cel: zachowania samobójcze – ochrona życia.
- 10) Aktywne innowacje i analiza przyszłych badań nad terapiami psychologicznymi.

Przyszłość przyniesie odpowiedź, na ile psychoterapia (antropomorfizując ją nieco) zwróciła się we wskazanych powyżej kierunkach. Wyrażamy nadzieję, że jej piękno polega na możliwości zintegrowania wiedzy ponad barierami, co oddaje ideę praktyki opartej na danych – *evidence based practice/medicine*. Praktyki leczniczej, która z jednej strony czerpie z najbardziej współczesnej wiedzy naukowej i opiera się na doświadczeniu klinicznym leczącego (lekarza, psychoterapeuty) oraz uwzględnia system wartości, kontekst kulturowy i preferencje pacjenta.

## Bibliografia

- [1] Rybakowski J. (2023). Psychofarmakologia – Quo vadis? *Nauka*, 2, 87–106. DOI: 10.24425/nauka.2023.146058
- [2] [www.england.nhs.uk/blog/whats-in-a-name-nhs-talking-therapies-for-anxiety-and-depression-the-new-name-for-iapt-services/](http://www.england.nhs.uk/blog/whats-in-a-name-nhs-talking-therapies-for-anxiety-and-depression-the-new-name-for-iapt-services/) dostęp: 20 sierpnia 2023
- [3] Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2023). Absencja chorobowa w 2022. Warszawa.
- [4] Moskalewicz J. Wciórka J. (red.) (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarun-*

- kowań – EZOP II*" (Mental condition of the inhabitants of Poland: report from a study „A comprehensive study of the mental health of society and its determinants – EZOP II”). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- [5] Salkovskis P., Sighvatsson M.B., Sigurdsson J.B. (w druku). How effective psychological treatments work: Mechanisms of Change in Cognitive Behavioural Therapy and beyond.
- [6] Medical Research Council Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis: a Medical Research Council investigation. (1948). *BMJ*, 2, 769–82
- [7] Chalmers I. (2011). Why the 1948 MRC trial of streptomycin used treatment allocation based on random numbers. *Journal of the Royal Society in Medicine*, 104(9), 383–386. doi:10.1258/jrsm.2011.11k023
- [8] Ban T.A. (2007). Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3 (4), 495–500.
- [9] Eysenck H. (1952). *The effects of psychotherapy: An evaluation*. – *PsycNET*. <https://doi.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0063633>
- [10] Öst L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321.
- [11] Popiel A., Pragłowska E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWN.
- [12] Popiel A., Zawadzki B. (2021). Od badań podstawowych do wdrożenia metod terapii i profilaktyki PTSD. *Przegląd Psychologiczny* [Internet], 64(1), 45–60 [cytowane 26 sierpień 2023]. Dostępne na: <https://czasopisma.uwm.edu.pl/index.php/pp/article/view/7320>
- [13] Zawadzki B., Popiel A., Pragłowska E. (2021). Temperamentalna reaktywność emocjonalna a objawy pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD): podsumowanie wyników badań własnych prowadzonych w pierwszych dwudziestych latach XXI wieku. [W:] M. Dragan, M. Rzeszutek (red.), *Zaburzenia związane z traumą. Uwarunkowania i zapobieganie. Książka dedykowana prof. Mai Lis-Turlejskiej* (s. 67–96). Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- [14] Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E., Teichman Y. (2015). Prolonged Exposure, paroxetine and the combination in the treatment of PTSD following a motor vehicle accident. A randomized clinical trial – the „TRAKT” Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 17–26.
- [15] Zawadzki, B, Popiel, A. (złożona do druku). Cechy temperamentu jako predyktory skuteczności terapii pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD).
- [16] Popiel, A., Zawadzki, B. (2013). Temperamental traits as predictors of effectiveness of psychotherapy (prolonged exposure) for PTSD in a group of motor vehicle accident survivors. *Current Issues in Personality Psychology*, 1, 43–50. <https://doi.org/10.5114/cipp.2013.40636>
- [17] World Health Organization (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>
- [18] Strelau J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania z perspektywy półwiecza badań*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- [19] Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E., Habrat P., Gajda P. (2019). *Skuteczne działanie w stresie. Program profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumatyzację zawodową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- [20] National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Leicester (UK): Gaskell.

- [21] Foa E.B., Hembree E.A., Rothbaum B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD*. Oxford: Oxford University Press.
- [22] <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/skuteczność-psychoterapii/>
- [23] <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-bioetyki/etyka-w-badaniach-naukowych/494-zasady-dobrej-praktyki-klinicznej-good-clinical-practice> [https://www.gcppl.org.pl/Portals/2/advertisings/ICH\\_GCP\\_E6\\_R2\\_wersja\\_polska\\_FINAL.pdf](https://www.gcppl.org.pl/Portals/2/advertisings/ICH_GCP_E6_R2_wersja_polska_FINAL.pdf)
- [24] ustawa [https://orka.sejm.gov.pl/proc9.nsf/ustawy/3183\\_u.htm](https://orka.sejm.gov.pl/proc9.nsf/ustawy/3183_u.htm)
- [25] Klatte R., Strauss B., Flückiger C., Färber F., Rosendahl J. (2023). Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review. *Psychotherapy*, 60(1), 130–148. <https://doi.org/10.1037/pst0000359>
- [26] Schermuly-Haupt M.L., Linden M., Rush A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy Research*, 42, 219–229. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- [27] Foa E.B., Zoellner L.A., Feeny N.C., Hembree E.A., Alvarez-Conrad J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022–1028. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1022>
- [28] Mayou R.A., Ehlers A., Hobbs M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.
- [29] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). *Post-traumatic stress disorder* (NICE Quality Standard No. 116). (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>)
- [30] American Psychological Association (APA) (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>
- [31] Vignaud P., Lavallé L., Brunelin J., Prieto N. (2022). Are psychological debriefing groups after a potential traumatic event suitable to prevent the symptoms of PTSD? *Psychiatry Research*, 311, 114503. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114503>
- [32] Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi:10.1037//0022-006x.66.1.7
- [33] Tolin D.F., McKay D., Forman E.M., Klonsky E.D., Thombs B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317.
- [34] Leśniak W., Bała M.M., Jaeschke R., Brożek J.L. (2015). Od danych naukowych do praktycznych zaleceń – tworzenie wytycznych według metodologii GRADE. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 125 Spec., nr 26–41.
- [35] CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(9), 506–509. <https://doi.org/10.1177/0706743716659061>
- [36] Kłosowska J. (2023, 23 maja). Odpowiedź na komentarz. List do uczestników seminarium „Standardy szkolenia i certyfikowania psychoterapeutów – dobre praktyki i regulacje”, 14 kwietnia 2023, Uniwersytet SWPS.
- [37] Lam R.W., McIntosh D., Wang J., Enns M.W., Kolivakis T., Michalak E.E., ... & CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 1. Disease burden and principles of care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 510–523.

- [38] Wolitzky-Taylor K.B., Horowitz J.D., Powers M.B., Telch M.J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021–1037.
- [39] Lilienfeld S.O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70.
- [40] Williams A.J., Botanov Y., Kilshaw R.E., Wong R.E., Sakaluk J. K. (2021). Potentially harmful therapies: A meta-scientific review of evidential value. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 5-18. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12331>
- [41] Barkham M. (2023). Smaller effects matter in the psychological therapies: 25 years on from Wampold et al.(1997). *Psychotherapy Research*, 33(4), 530–532.
- [42] Tran U.S., Gregor B. (2016). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 16, 266. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0979-2>
- [43] <http://pkmp.org.pl/strona/czym-jest-medycyna-personalizowana>
- [44] Paul G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118. <https://doi.org/10.1037/h0024436>
- [45] Zawadzki B., Popiel A., Foa E.B., Jakubowska B., Cyniak-Cieciura M., Pragłowska E. (2015). The structure of symptoms of posttraumatic stress disorder according to DSM-5 and assessed by PDS-5—Preliminary results. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.5114/cipp.2015.49662>
- [46] Cyniak-Cieciura M., Staniaszek K., Popiel A., Pragłowska E., Zawadzki B. (2017). The structure of PTSD symptoms according to DSM-5 and IDC-11 proposal: A multisample analysis based on PDS-5. *European Psychiatry*, 44, 179–186. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.491.
- [47] Benight C. Bandura A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129–1148.
- [48] Barlow D.H., Kennedy K.A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 57(1), 8–20. <https://doi.org/10.1037/cap0000039>
- [49] Bąbel P., Bajcar E.A., Marchewka K., Sikora K. (2018). Placebo Groups in Research on the Effectiveness of ABA Therapeutic Techniques. *Frontiers in Psychology*, Oct 18;9:1899. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01899 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01899>
- [50] Kazdin A.E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- [51] Zawadzki B. (2022). Przedmowa do wydania II rozszerzonego. [W:] Popiel A., Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Teoria i praktyka. Warszawa: PWN.
- [52] Hayes S.C., Hofmann S.G. (2021). „Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20, 363–375.
- [53] Hayes S.C., Hofmann S.G. (red.) (2020). *Terapia poznawczo-behawioralna oparta na procesach. Wiedza i kluczowe kompetencje*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- [54] Nowocin D., Popiel A., Zieliński P., Zawadzki B. (2022). Changes in temperament traits associated with remission of PTSD symptoms after pharmacology, psychotherapy and combined treatment in a sample of participants in motor vehicle accidents. *Personality and Individual Differences*, 189, 111493.



- [55] Borkovec T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. [W:] G.C.L. Davey, F. Tallis (red.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (s. 5–33). Sussex: John Wiley & Sons.
- [56] American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- [57] Kazdin A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 418–28.
- [58] Lundh L.G., Petersson T. Wolgast M. (2016). The neglect of treatment-construct validity in psychotherapy research: a systematic review of comparative RCTs of psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *BMC Psychology, 4*, 44. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0151-2>
- [59] Holmes E.A., Ghaderi A., Harmer C.J. et al. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry, 5*(3), 237–286. doi:10.1016/S2215-0366(17)30513-8

### Psychoterapia – quo vadis?

Psychoterapia jako praktyka kliniczna oparta na danych naukowych jest stosunkowo młodą dziedziną. Definiując psychoterapię, zarysujemy kontinuum – od zastosowania metod psychologicznych do poprawy dobrostanu, do psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń psychicznych wspartej badaniami empirycznymi. Omawiamy rodzaje badań nad skutecznością, tworzenie zaleceń dla praktyki. Na przykładzie prowadzonych w Polsce badań nad psychoterapią i farmakoterapią PTSD wskażemy na ważne pytania współczesnej psychoterapii dotyczące interpretacji wyników badań, bezpieczeństwa pacjenta, personalizacji leczenia i dróg rozwoju, ale też miejsca w systemie opieki zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, PTSD, praktyka oparta na danych naukowych, badania skuteczności

### Psychotherapy – Quo Vadis?

Psychotherapy as an evidence-based clinical practice is a relatively young field. In defining psychotherapy, we will outline a continuum – from the use of psychological methods to improve well-being to psychotherapy as an evidence-based method of treating mental disorders. We discuss the types of outcome research, metaanalyses and recommendations for practice. Based on the example of research program TRAKT on psychotherapy and pharmacotherapy PTSD conducted in Poland, we will point out important questions of modern psychotherapy regarding the interpretation of research results, patient safety, personalization of treatment and ways of development and its place in the mental healthcare.

**Key words:** psychotherapy, PTSD, evidence-based practice, outcome studies

